

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1934

N° 725

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Daniel LAGACHE

Né à Paris, le 3 décembre 1903

Ancien élève de l'École Normale Supérieure

Agrégé de Philosophie

Interne des Asiles de la Seine

Lauréat de l'Institut de France

LES HALLUCINATIONS VERBALES
ET LA PAROLE

Travail de la Clinique des maladies mentales
(Professeur : Henri CLAUDE)

Président : M. HENRI CLAUDE, professeur

PARIS
LIBRAIRIE FÉLIX ALCAN
108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

1934



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1934

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Daniel LAGACHE

Né à Paris, le 3 décembre 1903

Ancien élève de l'École Normale Supérieure

Agrégé de Philosophie

Interne des Asiles de la Seine

Lauréat de l'Institut de France

LES HALLUCINATIONS VERBALES
ET LA PAROLE

Travail de la Clinique des maladies mentales
(Professeur : Henri CLAUDE)

Président : M. HENRI CLAUDE, professeur

PARIS
LIBRAIRIE FÉLIX ALCAN
108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

1934

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET
Clinique médicale	ACHARD.
»	BEZANÇON.
»	CARNOT.
»	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GRÉGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
»	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	Neurol. et Psychiâtrie.	LANTUEJOUL	Obstétrique.
BENARD (Henri)	Pathologie médicale.	LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne)	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathol. expérimentale
BOULIN	Pathologie médicale.	LEVEUF	Patholog. chirurgicale.
BROCQ	Patholog. chirurgicale.	Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
BULLIARD	Histologie.	LEVY-VALENSI	Neurol. et Psychiâtrie.
CATHALA	Pathologie médicale.	MOREAU	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.	MOULONGUET	Patholog. chirurgicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.	OBERLING	Anatomie pathologi
DONZELOT	Pathologie médicale.	PETIT-DUTAILLIS	Patholog. chirurgicale.
FEY	Urologie.	PIEDELIEVRE	Médecine légale
GALLIARD	Parasitologie.	PORTES	Obstétrique.
GASTINEL	Bactériologie.	QUENU	Patholog. chirurgicale.
GATELLIER	Patholog. chirurgicale.	RICHTER	Physiologie.
DE GAUDART D'ALLAINES	Patholog. chirurgicale.	SANNIE	Chimie biologique.
GAYET	Physiologie.	SENEQUE	Patholog. chirurgicale.
GIROUD	Histologie.	SEZARY	Dermatol. et syphiligr.
HAGUENAU	Pathologie médicale.	TROISIER	Pathol. expérimentale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngol.	TURPIN	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.	VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
HUGUENIN	Anatomie pathologi.	VELTER	Ophthalmologie.
JOANNON	Hygiène.	VIGNES	Obstétrique.
LABBE (Henri)	Chimie biologique.	WILMOTH	Patholog. chirurgicale.
LACOMME	Obstétrique.		

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgic.	LEROUX	Anatomie pathologi.
BUSQUET	Pharmacologie.	LENEU-LEMAIRE	Parasitologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.	ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgic.
CHIRAY	Clinique médicale.	GUÉNIOT	Clinique obstétric.
DUVOIR	Clinique médicale.	LE LORIER	Clinique obstétric.
BASSET	Clinique chirurgic.	LEVY-SOLAL	Clinique obstétric.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgic.	METZGER	Clinique obstétric.
MOCQUOT	Clinique chirurgic.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
FREY	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GEORGES DUMAS

Membre de l'Institut
Membre de l'Académie de Médecine
Professeur à la Sorbonne

qui m'a initié à la psychologie clinique

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX, DES ASILES
ET DES LABORATOIRES

CHAPITRE PREMIER

LE PROBLÈME DES HALLUCINATIONS VERBALES ET LES HALLUCINATIONS PSYCHO-MOTRICES VERBALES

Des deux aspects que la psychologie et la clinique distinguent au langage, c'est celui de la parole entendue que revêtent le plus volontiers les hallucinations verbales ; l'halluciné en est cependant l'auteur et c'est un problème capital que de savoir comment l'acte verbal peut ainsi se masquer sous les espèces de la perception. Or il est des hallucinations où cet acte, en dépit d'une attitude réceptive, voire auditive, en dépit parfois de l'extériorité spatiale des voix alléguées, est patent, soit que l'halluciné parle d'une voix accessible à l'observateur, soit qu'il raconte qu'on le force à parler, par pensée ou par action : l'hallucination n'est plus seulement entendue, elle est parlée. Les hallucinations parlées semblent ainsi constituer un cas spécial privilégié pour l'étude d'un problème, qui est le problème général des hallucinations verbales : comment la parole propre peut-elle apparaître à son auteur comme une parole étrangère ? Comment une action verbale authentique peut-elle être, en même temps, une fausse perception verbale ? Dégageant l'acte qui est à la base des hallucinations auditives, les hallucinations parlées substituent en quelque sorte à une galerie de mine une carrière à ciel ouvert.

Ce ne sont là ni la perspective dans laquelle les aliénistes de la seconde moitié du xix^e siècle ont envisagé ces phénomènes, ni les motifs de l'intérêt très particulier qu'ils leur ont accordé. Leurs conceptions reçoivent leur plus parfaite expression dans les travaux mémorables de Séglas et dans la théorie des hallucinations psycho-motrices verbales.

Bien avant Séglas, on trouve épars chez divers auteurs les principaux éléments théoriques et descriptifs de sa doctrine. En 1834, Leuret, dans ses « Fragments psychologiques sur la folie », décrit des malades forcés contre leur volonté à parler et à agir ; à la communication sensible, il oppose la communication intellectuelle, « l'inspiration passive », où « les paroles viennent au malade à mesure qu'il les dit », où elles « sont mises dans sa bouche par un esprit qui n'est pas le sien, qui est au-dessus du sien » (46, p. 153-156, 280-281)¹. En 1846, dans son fameux mémoire sur les hallucinations, Baillarger oppose les hallucinations psychiques aux hallucinations sensorielles, et il s'attache surtout — on le lui a reproché — aux hallucinations psychiques verbales ; il se fonde sur le témoignage des malades, en particulier de ceux qui ayant éprouvé les deux phénomènes, les distinguent : ce sont des voix secrètes, des voix intérieures, des conversations d'âme à âme avec des interlocuteurs invisibles ; les malades entendent la pensée, le langage de la pensée ; on peut parler en pensée, par intuition, par magnétisme, sans remuer les lèvres et sans prononcer aucune parole. A côté de ces sujets, Baillarger en observe d'autres qui ont une tendance à prononcer les paroles qu'ils disent entendre, à parler leurs hallucinations ; mais il ne pense pas à rapprocher les uns et les autres (3). En 1846 également, Lélut, dans *L'Amulette de Pascal*, décrit des hallucinations verbales différant des auditives par leurs caractères sensoriels

1. Les chiffres entre parenthèses renvoient à la bibliographie, p. 175 sqq.

et par leur localisation derrière la tête, au cœur ou à l'épigastre (43, p. 91). En ce qui concerne l'interprétation de ces faits, en particulier des hallucinations psychiques verbales, Fournié, dès 1872, y voit des « hallucinations de la fonction langage » (27, p. 818), et Max Simon, dès 1880, en fait des impulsions verbales (81, 82, 83).

Telles sont les données cliniques et pathogéniques dont Ségas a fait la synthèse grâce au concept d'hallucination psycho-motrice verbale, à la lumière des idées de Charcot et de l'École de la Salpêtrière sur la psychologie et la physiologie de la pensée et du langage.

L'interprétation des hallucinations psychiques en est la pièce capitale ; on peut même dire que les hallucinations psycho-motrices verbales en sont nées par scissiparité et qu'elles en ont constitué initialement une théorie pathogénique. La façon dont Ségas en démontre la nature établit cette filiation : « Les hallucinations de voix dépourvues de son impliquent, d'une part, l'intervention de la fonction langage, et de l'autre, l'exclusion du centre auditif de cette fonction. Le centre visuel restant inactif de son côté, ainsi que cela ressort très nettement de l'examen des malades, il ne reste donc plus que le centre moteur d'articulation qui peut donner naissance à ce singulier phénomène » (71, p. 121). Au début, Ségas tend à identifier l'hallucination psychique et l'hallucination psycho-motrice : « Pour nous, l'hallucination psychique est une véritable hallucination, au même titre que les hallucinations précédentes. Mais elle en diffère par sa nature même : c'est surtout une hallucination psycho-motrice, intéressant la fonction du langage dans ses éléments purement moteurs » (*ibidem*).

Plus tard, l'hallucination psychique verbale reparait sous le nom de *pseudo-hallucination verbale* ; mais celle-ci est également considérée comme étant, le plus souvent, de nature

motrice, bien qu'elle ne comporte ni mouvement ni sensation de mouvement et se réduise à un sentiment d'innervation. L'*hallucination kinesthésique verbale* comporte en sus la sensation périphérique de mouvements de phonation et d'articulation. Avec l'*hallucination motrice verbale* complète, l'irritation plus vive du centre verbo-moteur entraîne un commencement d'articulation qui s'achève dans l'*impulsion verbale*. Mouvements d'articulation ou impulsions verbales peuvent être soit conscients, soit inconscients. Des distinctions exactement homologues s'appliquent au centre graphique, aux images et aux hallucinations correspondantes. Ainsi, ce qui fonde l'unité des hallucinations psycho-motrices verbales, outre la succession ou la coexistence clinique de leurs formes sensitives et de leurs formes motrices, c'est avant tout l'identité de leur processus pathogénique, mobilisation d'images verbo-motrices plus ou moins articulées selon le degré de l'irritation corticale qui la conditionne. C'est là ce qui fait l'originalité de Ségla : *il interprète les hallucinations psychiques comme des impulsions, et les impulsions comme des hallucinations*, enveloppant ainsi dans une même synthèse les formes les plus subtiles et les formes les plus actuelles de l'automatisme verbal. L'hallucination psycho-motrice a absorbé l'hallucination psychique.

Dans ses derniers travaux, Ségla a mieux distingué les hallucinations psychiques et les hallucinations psycho-motrices verbales, surtout à partir de 1913. Les causes de cette évolution sont faciles à saisir : le mouvement des idées sur le langage et les aphasies, le développement de la psychologie bergsonienne, dont la critique de la doctrine classique des aphasies, dans *Matière et mémoire*, est de 1896 ; les travaux de Pierre Marie l'*Iconoclaste*, suivant la pittoresque formule de Henry Head, le développement de la psychologie de la pensée et du langage en France et en Allemagne, les travaux de Petit

sur les pseudo-hallucinations, sans doute aussi l'influence de Barat se sont ajoutés au mouvement propre de la pensée de Ségla et à la révision constante de ses conceptions cliniques à la lumière d'une expérience sans cesse accrue. D'après ses articles de 1913 et 1914 (77 et 78), il semble bien que, contrairement à ce qu'il pensait au début de sa carrière, où il tendait à faire des hallucinations psycho-motrices verbales de toutes les hallucinations psychiques, il ait redonné une grande importance à l'hallucination psychique de l'ouïe ; la pseudo-hallucination motrice verbale, qui n'a jamais connoté des faits cliniques bien circonscrits, n'est guère maintenue qu'à titre théorique et en quelque sorte par fidélité. De plus, un autre aspect des idées de Ségla, qui s'était manifesté dès ses premiers travaux, prend dans cette seconde période une importance prépondérante : c'est la théorie sensorio-sensitivo-motrice de l'activité mentale, du langage et des hallucinations. L'image verbo-motrice autonome est mise en doute. La réception et l'émission, qu'il s'agisse de parole actuelle ou virtuelle, de la perception ou de l'hallucination, conservent une unité indissoluble. Toute hallucination verbale est mixte, à prédominance auditive ou motrice, selon le cas, et seule la commodité clinique justifie des distinctions que la psychologie réprouve. Aux associations auditivo-motrices, Ségla avait toujours attaché une grande importance. Dans ses derniers travaux, plus que sur les hallucinations psycho-motrices verbales, il insiste sur les hallucinations ou pseudo-hallucinations auditives que prolongent des sensations ou des mouvements d'articulation ; il ne s'agit plus, suivant l'ancienne terminologie, de la combinaison d'une hallucination auditive et d'une hallucination motrice ayant le même objet, c'est-à-dire juxtaposant l'image auditive et l'image motrice d'un même mot ou groupe de mots, mais d'un complexe sensitivo-moteur : un malade halluciné de l'ouïe remue simultanément

les lèvres ou a la sensation de parler. En même temps, l'appel à la neurologie se fait de plus en plus discret ; l'éréthisme du centre verbo-moteur n'est plus considéré comme la condition suffisante ni même nécessaire des hallucinations motrices verbales ; de plus en plus, les hallucinations verbales sont expliquées par la désagrégation de la personnalité dont elles avaient d'abord été considérées comme la cause. Ainsi, parallèlement à la révision des aphasies, à l'évolution des idées relatives aux rapports du cerveau et de la pensée, de la pensée et du langage, l'hallucination psycho-motrice, envahissante en sa jeunesse, a été plus strictement délimitée ; de didactiques et systématiques, les conceptions de Séglas et de son école sont devenues plus cliniques et plus souples.

L'ensemble de ces dernières opinions représente chez Séglas des tendances qui ne s'explicitent nettement que chez ses élèves, et en particulier Ceillier. La seconde forme de sa pensée, historiquement et peut-être par nature, ne s'est pas cristallisée dans une doctrine précise. La forme initiale, claire et définie, reste le centre de référence auquel il convient de se reporter, quitte à rapprocher les résultats de cet examen des tendances ultérieures que nous avons dégagées. Si bien qu'en un sens une mise au point tant clinique que pathogénique peut être considérée comme un effort pour comprendre pourquoi la pensée de Séglas a évolué. Aussi bien, cette évolution ne paraît pas s'être achevée, et, chez ses élèves, la tyrannie des modèles neurologiques et de l'image verbale se fait peut-être encore sentir.

Tant du point de vue de l'histoire des idées que de celui de la pathologie mentale et de la psychopathologie, il était donc d'un grand intérêt de se demander dans quelle mesure les perspectives ouvertes par la neurologie et la psychologie contemporaines étaient susceptibles d'éclairer le problème des hallucinations parlées d'un jour nouveau ; on en voit

l'importance si le cas des hallucinations parlées constitue un cas spécial et privilégié pour le problème général des hallucinations verbales. En outre, ces recherches touchent de près à d'importants problèmes de psychologie générale : d'une part à celui des rapports de la pensée avec le langage et en particulier la parole intérieure ; d'autre part, à ceux de l'inspiration prophétique et artistique, de la possession démoniaque, de la parole et de l'écriture automatiques des mediums, auxquels elles constituent, en quelque sorte, une introduction psychopathologique.

CHAPITRE II

LES FONDEMENTS THÉORIQUES DE LA DOCTRINE DES HALLUCINATIONS PSYCHO-MOTRICES VERBALES

Du terme d'hallucination psycho-motrice verbale, qui ne voudrait être qu'un signe, la tradition et la pratique ont consacré la valeur. Mais il contient une théorie des faits qu'il connote. Et l'on ne saurait aborder ceux-ci avec profit sans avoir, au préalable, dégagé et critiqué les données théoriques qui ont si profondément retenti sur leur description et leur classification. Celles-ci, dont les composantes psychologiques et physiologiques ont d'étroits rapports, peuvent être envisagées sous trois aspects principaux : 1^o l'utilisation de la notion de localisation cérébrale et des modèles neurologiques fournis par les faits anatomo-cliniques relatifs aux aphasies, sous la forme de la théorie des centres d'images ; 2^o l'utilisation de la notion d'image verbale, sous la forme des sentiments d'innervation et des images kinesthésiques ; 3^o l'utilisation des notions conjointes d'association des idées et de connexion des centres, sous la forme de l'unité auditivo-motrice de la fonction langage.

I. — DES MODÈLES NEUROLOGIQUES

Le schématisme de la théorie des centres d'images se prête à l'explication des hallucinations parlées. De même que la destruction d'un centre entraînerait la disparition d'une catégorie d'images, de même une action irritative portant sur ce centre entraînerait leur mobilisation. La formule fameuse de Tamburini, « l'hallucination est l'épilepsie d'un centre sensoriel », n'a pas besoin de cette transposition pour s'appliquer à l'hallucination psycho-motrice verbale, puisque dans ce cas le centre mis en jeu est moteur.

A vrai dire, dès le début de sa carrière, Séglas n'a pas accepté intégralement cette conception mécanique de la pathogénie de l'hallucination psycho-motrice verbale. A côté d'une action irritative directe, il admet la possibilité d'une action indirecte, qui réserve les droits d'une projection verbale des idées délirantes conforme au type verbal du sujet (71). Dès 1903, il a protesté explicitement contre la conception qui réduit l'hallucination verbale à l'épilepsie d'un centre sensoriel ; toutes sortes de conditions psychologiques interviennent, sans que l'on nie pour cela l'intervention du cerveau ; une hallucination est un délire (Séglas, 74).

N'opposons pas, comme on le fait souvent, la complexité de l'hallucination à la grossièreté de la convulsion épileptique : l'épilepsie peut, elle aussi, se manifester par des syndromes complexes, par des phénomènes psychiques délicats, et notamment par des sentiments de dépersonnalisation, d'automatisme, d'influence, portant sur l'activité personnelle et la parole, très proches des hallucinations parlées¹. Mais les conditions mêmes de la crise convulsive la plus grossière dépassent la seule irritation corticale ; les perturbations de l'équilibre

1. Voir ci-dessous, p. 103 sqq.

humoral et du système organo-végétatif n'y jouent pas un moindre rôle. La nature et l'efficacité d'une action irritative locale restent donc problématiques : qu'est-ce qui la différencie de l'action qui met en jeu la parole normale, intérieure ou actuelle ? Si l'intervention du cortex n'est pas suffisante, elle reste cependant une condition nécessaire, comme elle l'est pour la parole normale, quelle que soit la conception que l'on se fasse du rôle des centres : que la zone motrice du langage soit dépositaire d'images, ou centre coordinateur d'expressions motrices à l'accomplissement desquelles coopèrent des zones éloignées du cortex, les faits anatomo-cliniques, s'ils ont été bien observés, conservent leur valeur. Or, la critique de Pierre Marie ne paraît pas avoir prononcé contre la circonvolution de Broca une exclusion définitive de la zone du langage et il semble qu'il faille l'y comprendre, avec les circonvolutions antérieures de l'insula et les formations sous-jacentes. (Tournay, *in* Dumas, 23, fasc. I, p. 282.)

Les cas anatomo-cliniques, les cas qui s'accompagnent de signes de localisation donnent des résultats contradictoires. La plupart sont empruntés à la paralysie générale. Le plus ancien et le plus fameux est le cas Sérieux 1894 (79), où l'autopsie montra des adhérences prédominantes à droite comme à gauche au niveau de la frontale ascendante et de l'opercule rolandique. Dans le cas Henry 1896 (36), le sujet avait présenté une hémiplégie gauche sans aphasie ; à gauche, le pied de la troisième circonvolution frontale et la partie inférieure de la frontale ascendante étaient respectés ; l'atteinte était prédominante et diffuse à droite. Dans les cas Sérieux 1898 (80), Schterback (85), Borel et Ceillier (6 *bis*), les signes de localisation sont tantôt favorables, tantôt défavorables à l'hypothèse d'une atteinte élective de la zone motrice du langage. On ne peut donc admettre un rapport direct entre les lésions et les hallucinations psycho-motrices verbales. Le

centre moteur verbal, si centre moteur verbal il y a, n'intervient directement dans leur genèse que comme dans celle des paroles rattachées au moi. Mais il y intervient peut-être indirectement d'une autre manière. Ce qui frappe, en effet, dans les cas que nous avons brièvement rappelés, c'est l'existence de manifestations convulsives ou subconvulsives dans le territoire du trijumeau, du facial et de l'hypoglosse. Revenons par exemple sur le cas Sérieux 1894 (79). Les hallucinations verbales qu'accompagnaient de légers mouvements des lèvres, coexistaient avec des mouvements de mastication, faibles, de rythme lent, parfois du trismus, et, d'autre part, des mouvements de latéralité du maxillaire inférieur, souvent très intenses, fréquents et durables. Or les lésions bilatérales, s'étendant non seulement à la zone de l'aphasie motrice, mais à la représentation sensitive et motrice de la bouche, de la langue, de la mâchoire, du pharynx et notamment à la zone des mouvements rythmiques de mastication, étaient certainement en rapport direct avec les manifestations convulsives et peut-être en rapport indirect avec les hallucinations psycho-motrices verbales. On peut ainsi se demander si l'éréthisme moteur convulsif ou subconvulsif, dans le territoire de la parole et les territoires voisins, n'intervient pas indirectement dans la genèse de certaines hallucinations parlées. Mais ce mécanisme indirect mettrait en jeu des réactions psychologiques complexes et étendues, d'un niveau bien supérieur à celui de l'action mécanique locale.

Ce que la notion de l'intervention des centres verbo-moteurs met en question, c'est en effet le niveau des hallucinations verbales et des explications qu'elles comportent, la valeur, en cette matière, du modèle neurologique que fournissent les troubles sensori-moteurs de la parole. En d'autres termes, on est conduit à se poser les questions suivantes : les hallucinations verbales sont-elles des troubles sensori-moteurs?

Pour autant que les troubles du langage de type aphasique ne sont pas eux-mêmes des troubles sensori-moteurs, les hallucinations verbales sont-elles des troubles du langage ? On est invité à se poser ces questions par certaines tendances d'après lesquelles les faits d'automatisme verbal observables au cours des psychoses seraient d'une nature et d'un mécanisme fondamentalement analogues à ceux des faits d'automatisme verbal conscient observables au cours d'affections cérébrales (hémiplegies, paralysie pseudo-bulbaire, maladie de Parkinson, séquelles d'encéphalite épidémique), mais accompagnés d'un déficit intellectuel ou de néoproductions délirantes qui en rendraient l'interprétation difficile. Dans la comitativité s'observeraient des formes de transition. Ces idées ont été développées en particulier par Gabrielle Lévy (48).

On peut être tenté de rapprocher la palilalie des stéréotypies verbales. Décrite en 1908 par Souques, la palilalie est la répétition spontanée, apparemment incoercible, d'un ou plusieurs mots ou d'une phrase courte, lorsque le malade parle ; elle s'oppose à la répétition syllabique et partielle du bégaiement ; un palilalique dira par exemple : « une boîte, une boîte en fer blanc, boîte en fer blanc », tandis qu'un bègue dirait : « une boi... boi... boîte en fer... fer... fer... », etc. Suivant l'intensité du phénomène, on distingue la tendance palilalique, la palilalie simple et la grande palilalie aphone, où le nombre des répétitions peut dépasser 80 et où la voix devient de plus en plus faible, jusqu'à ce que la répétition se fasse par des mouvements des lèvres d'ailleurs bien articulés. Les stéréotypies verbales sont très différentes : elles consistent dans la répétition d'une même formule verbale, soit isolément, soit intercalée dans le discours ; par exemple, un catatonique observé par nous répétait pendant des heures : « Mon enfant il est temps de te lever et d'aller prendre ta douche ».

On peut ainsi opposer point par point palilalie et stéréo-

typie verbale : 1^o la stéréotypie du dément précoce est intermittente, qu'elle survienne en série ou qu'elle apparaisse parmi d'autres paroles, mais son contenu reste le même, elle est une habitude ; au contraire, la palilalie, en tant que mécanisme, est à peu près continue, et peut même devenir le seul mode d'expression possible, alors que son contenu est indéfiniment variable ; elle ne disparaît que pour céder la place à l'habituel, à la parole récitée ou chantée, aux mots en série, nombres, jours de la semaine, mois de l'année, s'apparentant en cela au bégaiement ; 2^o elle comporte des troubles dyslaliques absents des stéréotypies verbales : le débit du palilalique s'accélère progressivement ; l'intensité de la voix en même temps diminue au point que la palilalie peut devenir aphone ; dans les stéréotypies verbales le débit est monotone, régulier ; l'intensité reste le plus souvent constante ; on note des caractères de la mimique vocale absents de la palilalie : l'affectation, le maniérisme, le ton théâtral, déclamatoire ou litanique ; 3^o la palilalie porte sur le ou les derniers mots d'une phrase ; les stéréotypies sont plus longues, parfois très longues, et constituent un tout. De plus, si parfois elles paraissent traduire un automatisme verbal totalement mécanique ni préparé, ni contrôlé, ni intégré par la conscience, dans bien des cas l'interrogatoire du sujet, aidé ou non d'actions pharmacodynamiques, permet de relier la stéréotypie à des complexes idéo-affectifs ; devenue peut-être automatique, elle est cependant un fragment détaché de l'histoire individuelle. En résumé, la palilalie apparaît comme un phénomène local de persévération verbale, la stéréotypie comme une modification du comportement liée à un état de dissociation.

Des stéréotypies verbales, il faut distinguer les phénomènes de persévération verbale qui s'observent assez fréquemment chez les schizophrènes. Mais ceux-ci mêmes sont différents de la palilalie : ils ne comportent pas de

troubles de la parole, de la phonation ou de l'articulation.

Les faits d'imitation verbale ou d'écholalie sont moins faciles à discriminer si on les isole de leur contexte. Dans le cas contraire, l'opposition apparaît nette entre l'écholalie mécanique ou sensori-motrice et l'écholalie psycho-motrice, l'une associée généralement à la palilalie, que n'accompagne aucun trouble de l'attention, de l'association des idées ni du jugement, l'autre non itérative, d'allure pseudo-intentionnelle, associée à l'échomimie, à l'échopraxie, à des états psychiques déficitaires ou délirants, qui est un trouble du comportement global.

Même contraste entre l'échopalilalie des mots pensés décrite par G. Roussy et G. Lévy, et l'écho de la pensée bien connu des psychopathologistes. Si ces deux phénomènes sont l'un et l'autre une objectivation sensori-motrice des paroles pensées par le malade, le premier respecte le contenu et la forme de la pensée, le second comporte une transposition formelle de la pensée : on parle au sujet, ou du sujet, à la 2^e ou à la 3^e personne ; l'écho opère une sélection péjorative parmi les contenus idéo-verbaux : l'observateur invisible s'attache à déceler et commenter impitoyablement les souvenirs les plus personnels de l'halluciné, ses soucis les plus secrets, ses actes les plus intimes, ses tares les plus cachées ; il s'entoure de phénomènes satellites, dont le plus marquant, l'énonciation et le commentaire des actes, traduit une attitude autoscopique.

Le désordre est donc à la fois différent et plus étendu. La palilalie, l'écholalie, l'auto-écholalie aphone sont des troubles de la parole, de caractère mécanique, nettement limités, dont le sujet est pleinement conscient, qui l'affectent comme une infirmité pénible, mais qui, par rapport à la personnalité, sont en quelque sorte circonscrits et enkystés. Les stéréotypies, l'écholalie, l'écho de la pensée s'attaquent à la pensée et à la personnalité même, compromises dans leurs activités les plus

hautes : orientation et fixation de la réflexion, maintien de l'attention, élimination et refoulement des pensées intempestives, intégration au passé personnel, sont des aspects divers de cette pensée vigile que Bergson* compare à une pointe appliquée contre le présent¹. L'écholalie et la palilalie sont des troubles sensori-moteurs de la parole. Les stéréotypies, l'écholalie, l'écho de la pensée sont les symptômes d'une maladie de la pensée, de la volonté et de la personnalité liée d'ailleurs, cela est hors de doute, à des atteintes organiques ou fonctionnelles du cerveau.

Cela est si vrai que l'automatisme sensori-moteur verbal, distinct des hallucinations verbales, peut venir les surcharger. C'est en ce sens que l'on peut parler d'hallucinations palilaliques, dont il faut distinguer la reproduction de formules hallucinatoires courtes, souvent impérieuses, à forte charge affective, qui est d'ordre obsessionnel : par exemple, si un vésanique raconte qu'il entend des voix répéter : « Suicide-toi », ou : « Il est fou », on ne peut parler d'hallucinations palilaliques que par un abus de langage, ou il faut appeler palilalie tous les faits d'itération verbale (Schiff et Courtois, 69). De même, chez un malade de Pick, qui avait présenté une aphasie sensorielle, les hallucinations de l'ouïe avaient un caractère paraphasique marqué (cité par Mourgue, 59, p. 116).

On a voulu trouver dans l'automatisme verbal comitial un moyen de relier les formes nerveuses et les formes mentales de l'automatisme moteur verbal. Et en effet, dans le domaine du langage comme dans celui du mouvement, l'épilepsie

1. C'est cette atteinte de la vigilance qui nous paraît conditionner l'écho de la lecture où l'audition mentale du texte en précède et bien souvent empêche l'intelligence. L'écho de la lecture est un cas particulier de rivalité entre la formulation et la compréhension, rivalité que la seule fatigue suffit à tourner en faveur des détails et des mots, aux dépens de l'ensemble et de la signification.

fournit une gamme très riche de phénomènes d'automatisme depuis les itérations de l'allure la plus grossière jusqu'à des formes délirantes complexes. C'est que, dans son développement comme dans sa régression, elle réalise des atteintes extraordinairement nuancées et graduées du fonctionnement cérébral et peut, sous ce rapport, être rapprochée du polymorphisme de l'encéphalite épidémique et de la paralysie générale.

Ce trouble particulier de la conscience est évidemment en corrélation avec la libération et l'objectivation de la parole. De telle sorte que l'épilepsie, si elle souligne l'importance de conditions organiques que nul ne songe à nier, écarte de la conception qui assimile les formes délirantes de l'automatisme verbal aux formes conscientes, que surchargerait des perturbations de la conscience (cf. p. 103).

En résumé, les formes délirantes de l'automatisme verbal ne sauraient être conçues sur le modèle de troubles sensorimoteurs de la fonction langage. Il existe entre les uns et les autres le même contraste qu'entre les formes nerveuses et mentales du parasitisme moteur, par exemple entre les mouvements choréiques, accrus par l'activité motrice, le bruit, les émotions, et les mouvements communément désignés sous le nom de tics, que diminuent l'attention et l'activité motrice complexe, tout ce qui relève la « tension psychologique ». Si l'on veut trouver aux formes délirantes de l'automatisme mental des termes de comparaison, sous une forme non délirante, c'est plutôt dans le vaste domaine de la psychasthénie qu'il les faut chercher. Entre les impulsions, les obsessions verbales et les formes délirantes de l'automatisme verbal, des stéréotypies aux hallucinations, il existe des transitions et l'on voit des malades passer des obsessions au délire (v. ci-dessous, p. 102).

Les hallucinations, auditives ou psycho-motrices, ne sont

ni des troubles sensori-moteurs ni des troubles de la formulation symbolique, mais l'expression verbale d'un trouble essentiellement psychique. Ce ne sont, pour employer la terminologie de Ségla, ni des dyslalies ni des dysphasies, mais des dyslogies¹. Il n'est pas question de nier le rôle des conditions neuropathologiques, organiques ou fonctionnelles ; pour autant que nous les connaissons, il semble s'agir d'atteintes non locales mais diffuses, conditionnant moins des symptômes particuliers qu'une perturbation générale du fonctionnement psychique et psycho-moteur. Les hallucinations verbales ne rentrent pas dans les cadres de la neurologie ordinaire, mais dans celui d'une neurologie élargie, dominée par les grandes lois Jacksoniennes de la désintégration et de la libération fonctionnelle, agissant à divers niveaux.

II. — L'IMAGE MOTRICE VERBALE

Nous avons vu que la mobilisation hallucinatoire des images motrices verbales était due à l'irritation directe ou indirecte du centre moteur verbal de Broca. Mais, pour les classiques, ce centre que nous appelons moteur est en réalité sensitivo-moteur, à la fois point de départ d'incitations motrices et point d'arrivée des sensations que la réalisation de ces incitations motrices conditionnent ; de même les circonvolutions rolandiques, dans leur ensemble, sont conçues comme sensitivo-motrices. Nous savons aujourd'hui que cette conception était fautive, et que le travail se divise entre deux cir-

1. Ségla, dans « Les troubles du langage chez les aliénés », fait rentrer les hallucinations verbales dans le cadre des « dysphasies », c'est-à-dire des troubles du langage « par troubles de la fonction langage » à côté des aphasies qui sont les dysphasies organiques. Les dyslalies sont les troubles de la parole, les dyslogies les troubles du langage par troubles intellectuels avec intégrité de la fonction langage (v. Ségla, 71, p. 16).

convolutions : la frontale ascendante est la zone motrice, la pariétale ascendante est la projection sensitive. Mais, comme ces deux zones sont réunies anatomiquement et physiologiquement, les conséquences fonctionnelles de la conception classique ne sont pas, du fait de cette révision, réfutées. Dans le domaine qui nous intéresse, la conception classique doit être mise en rapport avec la conception des images motrices, qui sont doubles comme les centres qui en sont le support : toute représentation d'un mouvement comporte en effet deux éléments, l'un secondaire, constitué par des images sensorielles, tactiles et musculaires (sensations kinesthésiques de Bastian) venues de la périphérie, l'autre principal, qui est le sentiment d'innervation, d'impulsion centrifuge, sentiment d'origine centrale, qui produit dans les muscles et les nerfs intéressés par un mouvement donné des modifications semblables à celles produites par le début de l'acte réel, mais qui, lui, ne conduit pas à un acte réel. Le centre moteur verbal est donc à la fois le centre des mouvements de la parole, et le centre des sensations résultant de l'acte de la parole. (Séglas, 71.)

La critique du sentiment d'innervation n'est plus à faire. W. James a montré que le sentiment de l'effort était d'origine périphérique. Il existe des éléments nerveux sensibles dans les organes intéressés par les mouvements et les efforts. La suppression de l'effort n'altère pas les impressions dont ils sont l'origine : les poids soulevés par excitation électrique des muscles sont bien discriminés, les positions réalisées passivement sont cependant perçues avec précision. L'hémi-anesthésie des syndromes d'hémisection^o de la moelle comporte des perturbations de la perception des mouvements, l'absence complète de la perception des poids et des résistances. Chez les paralysés, le sentiment de l'effort s'explique par les mouvements des muscles non paralysés et l'immobilisation des muscles respiratoires. De même, dans les paralysies oculaires,

l'illusion de déplacement des objets proviendrait non de la sensation d'effort des muscles paralysés, mais des mouvements effectifs exécutés par l'œil sain qui, quoique fermé, exécute réellement le mouvement voulu. Chez les amputés, le sentiment d'effort du membre perdu a la même origine que les sensations de chaud, de froid, de douleur, etc. (Cf. Bourdon, in Dumas, 22, t. I, p. 335.)

On peut tenter de donner, de l'idée contenue dans la notion de sentiment d'innervation, une expression plus conforme aux lois générales de la physiologie nerveuse et aux travaux modernes. Mourgue, qui a fait cette tentative (59, p. 103-104) s'appuie notamment sur le fait suivant : les images consécutives ne paraissent se déplacer que lors des mouvements actifs du globe oculaire, et non lors des mouvements passifs ; c'est donc à l'existence d'un effort d'origine centrale, issu de l'aire visuo-motrice par des fibres dont l'existence semble devoir être admise, que serait due la sensation de déplacement. Quelle est la nature de cette impression ? Mourgue est d'accord avec tous les auteurs pour rejeter la notion de sensation d'innervation motrice. Il pense qu'une partie de l'excitation descendante ou effectrice, au lieu d'être dérivée vers les muscles sous-jacents, remonte vers le cerveau à la façon des impressions proprioceptives d'origine musculaire, et le renseigne sur le fonctionnement d'une action motrice qui, bien que n'étant encore que nerveuse, pourrait suffire à lui donner la notion de direction et de mouvement dans l'espace. Dans le cas de la représentation mentale d'un mouvement, cette proprioceptivité nerveuse seule travaillerait. On ne saurait donc rejeter complètement l'idée que les représentations de mouvement déterminent des modifications dans les systèmes neuro-musculaires qu'elles intéressent, et que des courants d'action, par exemple, ne puissent se réfléchir obscurément au niveau conscient. Mais le mécanisme d'une telle action

reste inconnu, et l'existence même en est problématique.

L'image kinesthésique verbale ne paraît guère plus saisissable. Il n'existe pas d'image motrice verbale, si l'on entend par là une donnée mnésique dont l'évocation serait un premier temps nécessaire de l'accomplissement de la parole. Certes, diverses impressions accompagnent son accomplissement, en particulier des impressions proprioceptives des muscles intéressés dans l'émission, la phonation et l'articulation, impressions qui jouent un rôle dans la régulation de la parole, en établissant un schème postural, un modèle de nous-même, par rapport auquel se règle tout mouvement ultérieur¹. Mais cette régulation est automatique, et ne nécessite ni ne suscite d'évocations mentales précises et différenciées. Le kinesthésique est d'ailleurs obscur et se prête mal à l'évocation mentale. La plupart des sujets, même cultivés, sont d'une ignorance remarquable quant à leurs mouvements d'articulation. Rien n'est plus vrai que l'institution de M. Jourdain : avant d'avoir un maître de philosophie, le Bourgeois Gentilhomme ne s'est jamais avisé que,

1. Pour la définition du schème postural, voyez Henry HEAD, 1926, *Aphasia and kindred disorders of speech*, vol. I, p. 448 sqq : « Pour désigner cet étalon (standard) par rapport auquel tous les changements ultérieurs de posture sont mesurés avant leur apparition dans la conscience, nous avons proposé le mot « schème ». Au moyen de perpétuelles altérations de notre position, nous sommes sans cesse en train de construire involontairement un modèle de nous-mêmes, qui est en perpétuel changement. Toute posture nouvelle ou tout mouvement nouveau sont enregistrés sur ce schème plastique, et l'activité du cortex entre en relation avec tout nouvel apport d'impulsions afférentes, suscité par un changement dans la position du corps. L'acte psychique de la connaissance de notre posture suit dès que cette relation est complète aux niveaux qui ne comportent pas de conscience. Le schème postural est ainsi la condition de tout mouvement dans l'espace, spécialement de tout mouvement volontaire ; d'où les désordres de l'ataxie, d'où la nécessité d'un tonus normal, pour que toute partie du corps soit apte à prendre le départ, au commandement, comme un coureur. Posture normale et tonus normal sont des termes équivalents. »

lorsqu'il disait O, l'ouverture de sa bouche faisait justement un petit rond qui représente un O. Le sujet parlant n'a de ses mouvements d'articulation et de phonation qu'une connaissance confuse, qui lui donne un sentiment diffus d'activité et n'est aucunement propre à l'évocation facile et claire qui serait nécessaire pour constituer une parole intérieure. La connaissance des mouvements d'articulation et de phonation est le fait du phonéticien ou du sourd-muet démutisé. Encore cette connaissance est-elle plus intellectuelle et visuelle que kinesthésique, et il faut quelque virtuosité pour substituer à ces O une évocation de mouvement qui ne soit que kinesthésique : « Je puis me figurer, écrit Piéron, que je prononce un mot quelconque, par exemple « Constantinople » avec des sensations locales très nettes, situées différemment, suivant le phonème, pendant que je répète tout haut, très vite, sans arrêt, une syllabe comme pa-pa-pa ou ti-ti-ti, ou bro-bro-bro ». Piéron, 65, p. 220, n. 9 ; cf. Quercy, 65 bis, II, p. 422.) Les images seraient indépendantes de tout mouvement, même ébauché : on peut se représenter l'émission d'une labiale la bouche ouverte ; l'inhibition ou la contracture de l'appareil phonatoire permettent encore de s'imaginer très vivement des mouvements d'articulation verbale ; on peut évoquer l'émission d'un mot au cours d'un mouvement d'inspiration. Mais, lorsque l'on concentre son attention sur l'appareil de la parole¹, comment ne pas y percevoir de sensations, et, pour autant que ces sensations sont nettes et localisées, est-on sûr de s'abstenir de tout mouvement. Personnellement, pour autant que je me sois livré à ces acrobaties, j'ai eu l'impression d'un conflit et d'une oscillation entre deux mouvements contra-

1. STRICKER raconte dans *Le Langage et la musique*, qu'il éprouve des sensations particulières dans son hémisphère gauche lorsqu'il pense. Le récit de ses impressions laryngées lors de la parole intérieure ne nous semble pas plus convaincant.

dictoires. L'évocation imaginaire des mouvements de la parole est très pauvre, et c'est même cette infirmité de l'imagination qui détermine un passage si rapide et si facile de l'évocation des mouvements aux mouvements eux-mêmes, et notamment l'utilisation du rythme respiratoire dont la plasticité se prête à la projection du rythme de la phrase et des rythmes musicaux¹. Si la parole reste virtuelle, l'exclusion prononcée contre les images kinesthésiques ne concerne pas l'automatisme moteur verbal, et il est possible que celui-ci intervienne dans l'élaboration de la pensée parlée, ou, lors de la lecture, dans le passage du signe visuel à la forme phonétique. L'image auditive des phonèmes est au contraire une donnée de sens commun qui ne paraît soulever aucune difficulté : nous différencions la qualité auditive des sons vocaux, mieux que celle des consonnes, qui ne sont que des bruits, comme nous imaginons la hauteur, le timbre et l'intensité des sons. Encore cette acousticité n'est-elle que bien faiblement sonore, et cherche à prendre corps dans les bruits extérieurs ou dans la respiration, véritable mimique intérieure où le rythme soutient les sons.

Ce n'est que par une singulière abstraction que l'on a pu réduire la parole intérieure à des évocations auditives ou motrices. Il n'existe pas, comme le veulent Stricker et les classiques, de pures représentations des mots, isolables de la pensée et du langage. (Stricker, 86, 87, 88.) Le mot n'est pas qu'image, il a une signification : à supposer même que celle-ci doive se résoudre en images, leur évocation est toute relative et commandée par l'univers du discours : comprendre ou employer un mot, c'est en droit comprendre ou exprimer une certaine position d'un esprit. Et la forme grammaticale n'est

1. Voir notre travail en collaboration avec LOGRE, *Hallucinations verbales et respiration*.

pas seulement un moule matériel, elle aussi a une valeur et est le signe d'une position d'un esprit et d'une relation d'esprit à esprit¹. L'acte verbal substitue ainsi, à l'intuition pure et diffuse de la pensée, une pensée circonscrite et successive, dont la fin est de recréer, dans l'esprit de l'auditeur, l'intuition originelle ; ou plutôt, il se mêle étroitement à l'élaboration de la pensée, dont nous assistons à la naissance, bien souvent, en la parlant : les idées viennent en parlant. Lorsque cette parole ne s'actualise pas, la projection sensitivo-sensorielle, où l'on a vu le tout de la parole intérieure, n'en reste qu'une dérivation. Ce n'est qu'en arrêtant son mouvement que l'on voit s'amplifier les éléments sensoriels et sensitifs. Ils ne sont qu'un sous-produit et une gêne, bien loin de constituer la matière de la parole intérieure et les instruments de la pensée. Le verbalisme pur lui-même ne se laisse pas réduire à des images mais apparaît plutôt comme l'utilisation d'un certain savoir, d'une technique.

Ces considérations diminuent l'intérêt des recherches sur le type verbal. On a voulu mettre les hallucinations psychomotrices verbales en rapport avec une disposition individuelle, antérieure à la maladie, à employer dans la parole intérieure des images motrices verbales. Mais les malades ne sont interrogés qu'après le début de la maladie, qui peut avoir apporté des changements. La même critique porte contre l'introspection expérimentale. De plus, les résultats dépendent peut-être moins de conditions individuelles que de la nature des tâches proposées : si l'on fait passer devant les yeux d'un sujet des

1. Cette distinction entre la forme matérielle de la phrase et la valeur de cette forme est évidente dans les cas de forme écholalique de la parole, où l'enfant parle de lui-même et se parle à lui-même comme on parle de lui et comme on lui parle. Voyez à ce sujet la belle étude de Henri WALLON. *Forme écholalique du langage chez un imbécile épileptique* (Troubles du développement de la personnalité par arrêt du développement psychique). *Journal de Psychologie*, 1911, p. 436.

mots choisis à l'avance en lui demandant ce qu'il a dans l'esprit, il répond le plus souvent par des évocations visuelles ; si on lui demande de mémoriser des couples de mots de deux syllabes, qu'il lit sur un rythme donné et reproduit jusqu'à ce qu'il les sache, il est vraisemblable qu'il recourra, tant pour les fixer que les évoquer, à l'automatisme moteur, sinon à des images motrices. (V. Mourgue, 59, p. 65 et p. 79) (Ségla, 71.)

Même avec cette restriction, peut-on parler de type moteur verbal ? Si l'on en croit Saint-Paul, à l'endophasie auditive s'attacherait un sentiment de passivité, à cause de l'origine exogène de ses éléments, à l'endophasie motrice, un sentiment d'activité. Mais une endophasie à caractère auditif très accentué, comme celle d' Egger, peut paraître intensément personnelle (Egger, 25, p. 78) ; inversement, une endophasie « motrice » ou tout au moins à prédominance rythmique, comme celle de Zola qui sentait la phrase se faire en lui, comme celle de l'écrivain ou du versificateur entraînés, peut s'accompagner d'un intense sentiment de passivité. (Saint-Paul, 68, p. 91.) Dans tous les exemples d'endophasie auditive avec sentiment de passivité qu'invoque Saint-Paul, cette double attitude, réceptive et auditive, paraît conditionnée par des états de basse tension psychologique, depuis le simple laisser aller, la rêverie jusqu'à l'état hypnagogique et au rêve. Inversement, le passage à l'endophasie motrice, qui est toujours un passage à la parole actuelle, apparaît comme une réaction de renforcement (fixation et évocation mnésiques, calcul mental, etc.) ; l'endophasie motrice, qui est le plus souvent une parole ébauchée ou chuchotée, n'a pas la même *valeur* que l'endophasie auditive. Si bien que la signification de son emploi habituel dépasse les limites d'un type verbal, et se réfère à des comportements ou à des dispositions plus généraux et d'une bien plus grande importance pour la psychologie individuelle.

Aussi bien, pour la psychologie classique, la plupart des sujets ne sont-ils pas auditivo-moteurs ? S'ils parlent, comment n'entendraient-ils pas parler, et s'ils entendent parler, ne faut-il pas qu'ils parlent ?

III. — L'UNITÉ DE LA FONCTION LANGAGE

Le centre moteur verbal est en effet réuni au centre auditif verbal. Il en résulte que l'image verbale ne saurait être seulement motrice ni même sensitivo-motrice : elle est sensori-motrice. Le mouvement a d'étroits rapports avec la sensation : si le mouvement répond à la sensation, il aide aussi à la mieux percevoir. C'est ainsi que, normale ou pathologique, la perception visuelle s'accompagne « de la perception des mouvements de l'œil, accompagnée de l'image correspondante du sens musculaire » (Ségla, 71). La perception auditive s'accompagne de réactions d'orientation et d'investigation, de mouvements des oreilles chez certains animaux. D'autre part en raison des connexions du centre auditif verbal et du centre du langage articulé, les mouvements de phonation et d'articulation sont intimement liés à l'audition ; c'est ainsi que certains individus sentent des mouvements du larynx lorsqu'ils entendent des morceaux de musique ; chez des hystériques observés par Féré, l'hallucination auditive suggérée d'une lettre s'accompagnait de mouvements d'articulation, coïncidant avec des phénomènes d'audition, que l'immobilisation de la langue suspendait. Dès lors, on conçoit qu'aucun individu n'est à proprement parler, en ce qui concerne sa parole intérieure, ni auditif ni moteur. Tout individu normal est auditivo-moteur. Seulement, selon la constitution, les habitudes de chacun, suivant les circonstances subjectives ou objectives, c'est tantôt la composante sensorielle, tantôt la composante motrice qui prédomine. Tout processus hallu-

cinatoire verbal éveille à la fois des images sensorielles et des images motrices ; la dualité est incontestable au point de vue psychologique ; « mais en clinique, pour mieux distinguer la formule intellectuelle des sujets en observation, il y a intérêt à conserver les distinctions reçues ». (Séglas, 71.) Là même cependant, hallucinations auditives et hallucinations motrices s'associent dans des couples où l'audition paraît avoir le pas sur la motricité : dès ses premiers travaux, Séglas enseigne que l'hallucination motrice apparaît après l'auditive, comme, chez l'enfant, la parole après l'audition ; dans les derniers, l'autonomie et la spécificité des hallucinations psycho-motrices s'effacent, au profit d'hallucinations psychiques de l'ouïe, que prolongent des mouvements d'articulation (Séglas et Barat, 77).

Cette tendance s'accentue encore chez Mourgue (59), qui défend les mêmes idées sous une forme plus savante et avec des arguments d'une incontestable originalité. Il n'y a pas d'hallucinations psycho-motrice verbale, toute hallucination vraie étant psycho-motrice ; l'attitude motrice est en effet ce qui, dans l'hallucination comme dans la perception¹, conditionne l'objectivation spatiale. Cette attitude motrice de la perception auditive comporte, en sus des mouvements d'orientation de la tête, des yeux et chez certains animaux, des oreilles, des mouvements du larynx, de la langue et des lèvres. Il en résulte que la parole, à tous ses degrés de réalisation, depuis la parole intérieure jusqu'à l'impulsion verbale, n'est qu'une composante du schème postural de la perception auditive. La langue, les lèvres, et surtout le larynx doivent donc avoir un certain tonus, lors de la perception auditive, afin de pouvoir entrer en jeu au commandement. La parole

1. On reconnaît ici l'influence de la théorie bergsonienne de la perception.

est donc issue du schème postural de la perception auditive ; « comme l'a fait remarquer Niessl von Mayendorf, écrit Mourgue, il n'existe pas de « centre verbal moteur » pouvant entrer automatiquement en action ; il ne peut être actionné que par la sphère auditive ». Trois arguments essentiels soutiennent cette thèse, l'un psychologique, le second physiologique, le troisième biologique.

Toute perception de paroles, pense Mourgue, normale ou hallucinatoire, fait intervenir les mécanismes moteurs d'articulation : « comme l'a dit Bergson, on entend en découpant les phrases par des mouvements d'articulation naissants ». A l'appui de cette théorie de la perception verbale, Mourgue invoque le cas des malades atteints de surdité verbale, qui arrivent à comprendre s'ils réussissent à reproduire avec leurs lèvres les mouvements qu'ils voient faire à leur interlocuteur ; ils entendent, suivant la formule de Féré, « avec leurs muscles de l'articulation ». Le malheur est qu'à l'aphasique sensoriel on peut opposer l'aphasique moteur, et qu'un grand anarthrique, comme le remarque Delacroix (21, p. 44), peut encore comprendre beaucoup de choses. Et s'il comprend, ce n'est certes pas avec ses automatismes moteurs, si altérés qu'il ne peut lui-même s'en servir : « On dira, écrit Delacroix, que le schème moteur n'a pas besoin d'être la reproduction exacte de la parole, qu'il n'en est qu'une esquisse ? Mais le jargon et le bredouillement de l'anarthrique respectent-ils la structure motrice du langage ? » S'il nous arrive de répéter les paroles d'un interlocuteur, c'est que nous n'avons pas compris ; c'est pour mieux comprendre : c'est une réaction de rappel et de renforcement. Si nous paraissions l'imiter parce que nous le rectifions quand il se trompe, c'est que nous le suivons et le contrôlons. L'articulation, même ébauchée, est si peu nécessaire que l'on peut comprendre la conversation d'une personne tout en parlant soi-même à une autre, ou en articulant à la muette.

Ce n'est pas seulement la perception verbale, c'est toute activité verbale, telle que la parole intérieure ou la lecture mentale, qui s'accompagnerait d'une esquisse d'articulation et surtout d'une activité du larynx. Cette théorie a trouvé son expression la plus radicale chez certains behaviouristes américains, qui, soucieux de transposer la notion de pensée en termes de comportement, l'identifient à une activité du larynx. (V. notamment Arnold, 2.) On a cherché surtout des petits déplacements, décelables à l'aide de laryngographes du type de l'appareil de Rousselot, mais cet ordre de recherches a abouti à des résultats peu probants et contradictoires. La question paraît être entrée dans une ère nouvelle avec le développement de l'électromyographie. Allers et Scheminsky (1) auraient décelé des courants d'action musculaires en relation avec la représentation, l'intention et la formulation verbale des mouvements. Mais cette méthode, à notre connaissance, n'a pas été appliquée à l'étude de l'activité laryngée au cours de la pensée et de la parole intérieure, et son application n'est pas sans soulever de sérieuses difficultés techniques. Au total, on ne peut considérer comme prouvé expérimentalement que des réactions toniques du larynx accompagnent tout acte verbal.

L'argument auquel Mourgue attache le plus d'importance est d'ordre biologique, et il l'emprunte à Winkler (95). L'organe de Corti se développe en relation intime avec l'appareil nerveux de l'équilibre. La première étape de cette évolution est la division du statocyste en vésicule distale et en vésicule proximale. Pour les animaux aquatiques, un déplacement du corps répondait d'abord à tout déplacement de l'eau. Avec l'accroissement de la taille commence une discrimination entre les chocs s'accompagnant d'un déplacement important du corps et ceux qui s'accompagnent d'un déplacement minime. Aux premiers répondent des réflexes de mise en

position de la tête et des yeux avec, comme fonction consciente, celle de l'équilibre. Aux seconds, répondent des réflexes intermittents avec, comme activité consciente, l'audition. Parmi les actions réflexes intermittentes, celles qui portent sur le larynx, la langue et les muscles des lèvres sont particulièrement importantes, « surtout parce qu'elles conservèrent, comme héritage de l'ancienne fonction, la faculté remarquable particulière à tout l'organe statique : reproduire par voie réflexe le phénomène qui a donné lieu à l'excitation. Quand un choc déplaçait le corps d'une certaine quantité, le statocyste déterminait un déplacement du corps de même importance. De même pour les chocs venant de l'air : l'organe sensoriel, excité par des vibrations sonores, est capable de faire reproduire les mêmes vibrations par les muscles qu'il commande. C'est même une propriété caractéristique de l'appareil nerveux acoustique de déterminer par voie réflexe, dans l'appareil phonateur, des contractions intermittentes telles qu'elles reproduisent un son identique à celui qui a été le point de départ de l'excitation. L'onde sonore est donc reproduite comme onde sonore par la musculature phonatrice de l'animal qui le perçoit. A ce point de vue, l'appareil nerveux acoustique est unique dans son genre : pour aucun organe l'excitant initial n'est reproduit comme effet ». Mais la reproduction d'excitations intermittentes n'est possible que pour un appareil qui se trouve dans un certain état de tonicité. Cette relation de la fonction auditive et de la motricité générale donne la clef « des hallucinations psycho-motrices où la causalité aidant, les malades localisent leurs voix dans les organes phonateurs ; ce faisant, ils traduisent à leur manière, une loi biologique qui a son fondement dans la phylogénie ». Lorsque la désintégration est poussée jusqu'à la fragmentation, le malade répète sous forme d'impulsion verbale ce qu'il entend. (Mourgue, 59, p. 186-188.)

Cette théorie, si séduisante soit-elle par les curieux rapprochements qu'elle opère, soulève bien des difficultés. Au point de vue phylogénétique, le fait que l'otocyste soit né par différenciation du statocyste ne prouve pas que les mouvements producteurs des sons doivent être considérés comme des composantes du schéma postural de la perception auditive : en matière d'organogénèse, l'identité d'origine ne conduit pas à l'identité de fonction, pas plus que l'identité de fonction ne procède de l'identité d'origine : les yeux, par exemple, sont apparus dans différents rameaux zoologiques avec des origines tissulaires et à la suite de processus organogénétiques variés. Au point de vue physiologique, la reproduction des sons par le larynx de l'animal qui les entend n'a pas la constance des phénomènes réflexes. On ne voit pas quelles pourraient-être les voies d'un tel réflexe oto-laryngé. Au surplus, il paraît difficile d'homologuer la reproduction par le larynx du son entendu aux réactions posturales du corps ; en admettant qu'il y ait une réaction tonique du larynx aux sons entendus, la phonation est plus, une action cinétique et non seulement statique. Enfin, ce n'est pas seulement le larynx, ce sont tous les muscles de la respiration et de l'articulation qui interviennent dans la parole.

Au total, il ne paraît pas possible de rattacher l'unité de l'audition et de la parole à des origines aussi lointaines, et pour autant que l'on remonte aux origines du langage parlé et même du cri, il est impossible de ne pas les replacer dans le domaine plus vaste de l'expression et de la mimique associée aux gestes des mains, où la production et l'audition des sons n'était peut-être qu'accessoire. (Paget, 61.) S'il y a unité entre l'audition et la parole elle ne peut être que conditionnée. A cet égard, le rôle de l'audition est considérable dans l'acquisition du langage par l'enfant ; l'enfant baigne dans le langage, il imite les sons entendus, involon-

tairement, volontairement, par jeu. Le sourd reste muet, et une espèce d'indifférence aux sons du langage, ou, si l'on veut, de surdité verbale, est responsable de bien des cas d'audimutité. Mais bien des retardés de la parole comprennent beaucoup plus qu'ils ne disent, et l'on peut démutiser les sourds-muets, ce qui prouve qu'il y a, dans la parole, plus et autre chose que l'audition. L'aptitude à la pensée symbolique supporte la parole. Une fois le langage acquis, la parole devient plus indépendante de l'audition ; il y a une parole automatique où la pensée semble se saisir, naissante, et la parole préparée l'est par un travail mental qui dépasse les limites de la « sphère auditive ». Conformément aux lois générales de la psychophysiologie, l'audition ne fait que contrôler les automatismes dont elle a permis l'acquisition, bien loin de les actionner. Si bien que les rapports fonctionnels de l'audition et de la parole, pour incontestables qu'ils soient, ne représentent pas une unité physiologique si étroite que la parole ne puisse être considérée que comme une dépendance de l'audition. Elle est, dans toute la force du terme, un acte. Et l'hallucination parlée est plus qu'un résidu de l'hallucination entendue.

CONCLUSIONS

Les hallucinations verbales n'apparaissent donc pas comme des troubles locaux conditionnés par des lésions en foyer du cortex ; elles ne sont ni des troubles sensori-moteurs élémentaires de la parole, ni des troubles de l'aptitude à la pensée et à la formulation symboliques. Phénomènes positifs, elles expriment par le langage un désordre à la fois plus général, parce qu'il engage toute la personne, et plus élevé, parce qu'il a pour condition la désintégration des fonctions psychiques supérieures d'initiative, de contrôle et d'intégration. Dans l'état présent de la science, les notions jacksoniennes de

désintégration et de libération fonctionnelle leur paraissent plus adéquates que le modèle classique fourni par la méthode anatomo-clinique.

L'image motrice verbale n'existe ni sous la forme de sentiment d'innervation ni sous celle de l'image kinesthésique verbale. D'une façon plus générale, il n'est pas d'images isolables correspondant au concept de « représentation pure des mots ». Les formulations symboliques ne peuvent être séparées du comportement global de la personne, et de la pensée. Comme celle-ci la parole est un mouvement et un acte, un schème qui se détruit à mesure qu'il s'élabore, et où viennent se placer les mots choisis ; c'est-à-dire que le verbalisme par lui-même ne se réduit pas à des images ; le plus souvent d'ailleurs, l'acte verbal s'intrique à la pensée en acte.

Cette activité à la fois idéatrice et verbale paraît conditionnée par le jeu de tout le cortex. Il serait donc absurde de nier la coordination de l'audition de la parole. Mais cette coordination n'est pas une dépendance étroite et exclusive, dont la notion isole le langage de la pensée et du comportement ; cet isolement traduit l'impuissance à concevoir la parole sous d'autres espèces que sensibles ou motrices, en opposition avec les données concrètes de la conscience, l'expérience immédiate de l'acte verbal et du mouvement de la pensée.

CHAPITRE III

LES DIVERSES FORMES DES HALLUCINATIONS PSYCHO-MOTRICES VERBALES

PROBLÈMES

On a vu qu'au point de vue clinique, l'originalité de la doctrine des hallucinations psycho-motrices verbales était de réunir dans une même synthèse les hallucinations psychiques, considérées comme des impulsions motrices, et les impulsions verbales, considérées comme des hallucinations sensitivo-motrices. Si bien que leurs formes actuelles ou kinétiques, c'est-à-dire les hallucinations motrices verbales complètes et les impulsions verbales, et leurs formes subjectives ou akinétiques, c'est-à-dire les hallucinations kinesthésiques verbales et les pseudo-hallucinations motrices verbales, posent deux problèmes inverses et complémentaires. Des premières, on peut se demander si leur actualité ne les rejette pas hors du domaine des hallucinations, puisqu'elles semblent avoir un objet, et qu'elles ne sont que l'interprétation inexacte d'une parole parfaitement réelle ; Delacroix, Quercy, répondent affirmativement à cette première question. (Delacroix, 21, p. 457 ; Quercy, 65 *bis*, p. 420.) Des autres c'est surtout la nature motrice qui peut être mise en question : y a-t-il, dans ces processus verbaux dont, par définition, tout mouvement

et toute parole en acte sont bannis, une motricité subsistante et virtuelle ? L'hallucination paraît se détruire en s'actualisant comme s'il y avait concurrence entre l'hallucination et le mouvement. C'est ainsi que l'on peut résumer en une seule formule les problèmes cliniques soulevés par la doctrine des hallucinations psycho-motrices verbales. Nous en envisagerons les différents aspects en nous appliquant à définir, interpréter et critiquer les diverses entités cliniques distinguées par Ségla. Nous étudierons successivement : 1° les impulsions verbales ; 2° les hallucinations motrices verbales complètes ; 3° les hallucinations kinesthésiques verbales ; 4° les pseudo-hallucinations motrices verbales. Enfin, nous clorons cette revue critique par quelques remarques sur les hallucinations motrices graphiques.

I. — LES IMPULSIONS VERBALES

L'impulsion verbale est entendue par Ségla en un sens extrêmement large. Dans le domaine des hallucinations motrices verbales, ce qui la distingue des formes kinesthésiques ou motrices complètes, c'est que l'articulation, sentie dans les premières, ébauchée dans les secondes, devient achevée, et que les paroles hallucinatoires et impulsives, prononcées à voix haute ou basse, peuvent être perçues par un observateur ; non seulement l'articulation se perfectionne, mais à l'articulation s'ajoute la phonation ; l'hallucination motrice verbale, sous la forme impulsive, est ce que l'on peut appeler, en langage behaviouriste, un comportement explicite.

En voici un exemple observé par Ségla lui-même : un persécuté de teinte mystique, qui a d'abord été simplement obsédé, distingue : 1° un verbe intérieur, articulé en dedans de la poitrine (hallucination kinesthésique verbale) ; 2° une voix labiale qui part de la poitrine et fait remuer les lèvres

(hallucination motrice complète) ; 3^o « enfin, écrit le malade, il y a ce principe intérieur qui s'exprime par vos lèvres et alors il y a un langage tout à fait articulé et parfois inintelligible, car on se sent poussé à prononcer des mots dont on ne comprend pas le sens ». Souvent le malade exprime le contraire de sa pensée, « la phrase étant transformée par une *impulsion labiale* ». (Séglas, 71, p. 183).

Cette description illustre très bien le troisième degré ou forme impulsive des hallucinations motrices verbales. Par ce troisième degré, elles rejoignent les autres faits d'impulsivité verbale, dans l'ensemble desquels Séglas ne délimite pas strictement ceux qui présentent le double caractère d'être à la fois des impulsions et des hallucinations verbales, des « hallucinations-impulsions », pourrait-on dire. Les impulsions verbales en général ne sont que des hallucinations : « C'est au fond le même phénomène atteignant son développement maximum. L'excitation qui intéresse d'emblée ou secondairement les centres corticaux où sont localisées les images verbales motrices est alors assez intense, pour que le mot soit projeté au dehors, nettement articulé, et cela souvent malgré la volonté du malade. » (71.) Ainsi les hallucinations psychomotrices verbales se trouvent rapprochées jusqu'à l'identification de phénomènes très divers d'automatisme verbal, tels que la loquacité incohérente du maniaque, la coprolalie ou impulsion à dire des paroles grossières, l'onomatomanie, qui groupe la recherche angoissante du mot, l'obsession du mot et l'impulsion irrésistible à le prononcer, le fait de donner à certains mots une signification funeste ou favorable, l'impulsion à rejeter de la bouche le mot devenu un véritable corps étranger. Et en effet, ces faits admettent une seule et unique pathogénie : tous résultent de la mise en jeu des images motrices verbales par l'irritation primitive ou secondaire de leur centre cortical ; on peut également dire que toutes les

impulsions verbales sont des hallucinations ou que les hallucinations motrices verbales ont absorbé toutes les impulsions.

A la fin de sa carrière, Séglas a été porté à limiter plus rigoureusement le domaine des hallucinations motrices verbales. Cette tendance, à vrai dire, est surtout sensible chez ses élèves, et en particulier chez Ceillier, qui présente ses vues comme l'expression de l'enseignement de Séglas.

Ceillier exige que les impulsions verbales, pour être considérées comme des hallucinations motrices, s'accompagnent chez le sujet du sentiment de subir une action étrangère portant sur l'appareil de la parole ; objectivement, les impulsions verbales qui sont d'authentiques hallucinations motrices affectent la forme de paroles involontaires scandées, de rythme lent et de débit pauvre. (Ceillier, 7 et 8.)

Lorsque le malade n'accuse pas le sentiment de subir une action étrangère portant sur le territoire de la parole et que la parole devient plus rapide et plus abondante, Ceillier n'admet plus le diagnostic d'hallucination motrice verbale. On peut être alors en présence de deux ordres de faits. Tantôt il s'agit d'un monologue à haute voix, dont les malades ne se reconnaissent pas les auteurs : ils n'en prennent connaissance, disent-ils, qu'à mesure qu'ils l'émettent ; parfois ils ne comprennent pas ce qu'ils disent (comme le malade de Séglas dont nous citons les écrits) ; ce n'est pas leur pensée, ils ne sont que l'appareil émetteur ; Ceillier propose pour ce tableau, qui correspondrait à « l'automatisme du langage en tant que pensée », le nom de *phonographisme* ou de *langage mécanique*. Tantôt il s'agit de malades parlant des langues inconnues, ou faisant parler de multiples personnages : tel serait le cas de Mme Big « dont l'estomac renferme 14 personnes qui parlent par sa bouche. La voix varie de timbre et de tonalité avec chacune des personnalités amies ou ennemies qui se succèdent. L'une d'entre elles est un adjudant qui s'exprime avec une

grosse voix et qui hurle des commandements militaires ; une autre est une fillette dont la voix est très aiguë. Mme Big fait l'effet de jouer une comédie et même une charge, tant sont caricaturales les expressions de chacun des personnages qui parlent par sa bouche, qui lui répondent dès qu'on les interroge et qui s'interpellent entre eux. Mme Big est pourtant une malade qui délire depuis 59 ans. Conviction absolue. Mme E..., autre influencée chronique, parle avec *volubilité* hindoustani, mais seulement dans ses périodes d'excitation. Mme L... est sous l'influence d'individus qui s'expriment, par sa bouche, en 30 langues différentes et qui écrivent, par sa main, autant d'écritures ». (Ceillier, 8.) Chez tous ces sujets, l'activité verbale, déclenchable au commandement, serait un amusement ; le fait primitif serait l'activité orale dérégulée ; les idées d'influence ne seraient que des interprétations secondaires auxquelles le malade croit plus ou moins, bien que la conviction la plus absolue puisse être notée ; il s'agit donc d'automatisme du langage en tant qu'acte moteur, de *phénomènes d'hyperphasie* interprétés secondairement à l'aide d'idées d'influence. En résumé, il faudrait exclure l'automatisme du langage en tant qu'acte moteur des impulsions-hallucinations verbales, dans lesquelles ne rentreraient guère, en définitive, que les paroles involontaires scandées accompagnées du sentiment qu'une action étrangère s'exerce sur les appareils de la parole.

Entre l'extension et la limitation extrêmes, nous pensons qu'il est possible de se prononcer, et de distinguer, par des critères purement cliniques, les impulsions verbales hallucinatoires des impulsions verbales non hallucinatoires. Tel est le but que nous nous proposerons en analysant successivement : a) les paroles involontaires scandées avec sentiment d'articulation forcée ; b) les langages mécaniques ; c) les monologues à personnages multiples ; d) les paroles

inspirées en langues étrangères et les phénomènes connexes ;
e) les modifications de la mimique vocale.

a) Les paroles involontaires scandées.

Le véritable motif de cette limitation étroite se laisse aisément discerner. Par un paradoxe singulier, c'est encore la tyrannie de l'image verbo-motrice qui se fait sentir ici, comme elle avait déterminé l'extension presque illimitée du concept d'hallucination motrice verbale. La position de Ceillier est équivoque par rapport à la notion d'image verbo-motrice : il exprime des doutes sur sa réalité, sans cependant y renoncer complètement. Inconsciemment, c'est à la pathogénie classique qu'il revient : on se représente facilement des paroles involontaires scandées comme l'extériorisation d'images motrices d'articulation ; l'intervalle de temps qui sépare deux syllabes laisse aux mouvements producteurs de la première le temps de s'achever et à ceux producteurs de la seconde celui de s'ébaucher ; mais ce modèle cesse d'être applicable lorsque la parole devient rapide et abondante comme c'est le cas dans « le langage mécanique » et dans « l'hyperphasie motrice ». Ainsi, tout en ayant l'air de faire appel à un critère purement clinique, constitué par des caractères du récit et du comportement des malades, la limitation opérée repose en réalité sur des considérations pathogéniques d'un esprit tout à fait classique ; elle tient un compte insuffisant de la croyance des malades, qui expriment tous la conviction qu'on les fait parler ou que quelqu'un parle à leur place, l'action étrangère s'exerçant directement sur la personne morale, la volonté et la pensée du sujet, ou se matérialisant en dehors ou à l'intérieur du territoire de la parole. C'est ce sentiment que leur parole ne leur appartient plus mais qu'elle appartient à un autre, qui nous paraît distinguer les impulsions verbales hallucinatoires des impulsions verbales non hallucinatoires, les autres caractères étant secondaires et incons-

tants. Nous le retrouverons dans le langage mécanique, dans les scènes à multiples personnages, dans les accès glossomaniaques, dans les modifications de la mimique vocale, qui, celles-ci, n'intéressent plus le mécanisme de l'articulation.

b) Le langage mécanique consiste objectivement en un monologue à haute voix, débité d'abondance. Le malade raconte qu'il ne comprend les paroles qu'au fur et à mesure qu'elles sont prononcées ; il n'est que l'instrument mécanique ; c'est automatique, la parole fonctionne toute seule ; ce n'est pas sa pensée, ce n'est pas son langage, ce n'est pas sa voix ; on le suggestionne, il y a quelqu'un qui est en lui et qui agit sur sa tête ou sur son corps. On retrouve dans cette description les instances essentielles qui établissent la parenté de ces faits avec les précédents : caractère involontaire de la parole, ni préparée ni contrôlée par la pensée ; tendance à nier l'activité propre au profit d'une action étrangère ; tendance à localiser l'action étrangère en un point du corps. (Ceillier, 7)

c) On les retrouve encore dans les scènes à personnages multiples.

OBSERVATION I. — Maurice R..., 52 ans, a été suivi par nous de mai 1931 à avril 1932, dans le service du Dr Rodiet à l'asile de Ville-Evrard. Il a été interné en août 1920, avec le diagnostic de manie aiguë et d'hallucinations, ce qui n'est pas habituel dans la manie. On a pensé à une paralysie générale mais ce diagnostic n'a pas été confirmé par l'examen clinique ni les examens biologiques (10 janvier 1921. Ponction lombaire : leucocytose : 0,6 ; albuminose : 0,35. B. W. négatif. Sérum sanguin : B. W. négatif). L'agitation s'étant calmée, on note en octobre 1920 des idées de persécution, des hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale. En janvier 1921, l'observation médicale mentionne que tout ce qu'il dit, écrit est commandé par la Tour Eiffel, qu'on lui parle continuellement, qu'il perçoit des voix par la tête et le ventre, mais non par les oreilles ; qu'il a inventé le mouvement perpétuel. Lors de notre

observation, il nous est apparu d'abord comme un cas de manie chronique ; travailleur au quartier des agités, il ne cesse de parler et chanter en travaillant ; c'est une conversation continue dont il fait à la fois les demandes et les réponses. Il se bouche les oreilles, imite une sonnerie électrique, s'interpelle lui-même d'une voix aiguë : « Eh bien ! Monsieur R... vous ne jouez pas quelque chose pour MM. les Docteurs ? » Il se répond d'une voix creuse ou de sa voix habituelle, et refuse ou consent ; s'il consent, il imite le haut-parleur et joue tour à tour les parties de l'orchestre et du chanteur. Il y a incontestablement dans ce comportement une part d'excitation ludique. Les interlocuteurs, cependant, ne répondent pas toujours à l'appel de Maurice R... On peut alors l'interroger et il fait un récit dont il est entièrement convaincu : c'est lui qui parle mais on lui envoie tout ce qu'il dit ; on le fait parler et chanter, en agissant à distance sur son cerveau ; il désigne avec précision ses influenceurs ; il n'entend aucune voix. L'examen du fond mental ne décèle pas d'affaiblissement grossier, et la conviction du malade a résisté à des discussions multiples.

Au point de vue nosographique il s'agit d'une psychose d'influence avec manie chronique, comme il est fréquent d'en observer, et non d'un délire d'influence développé secondairement à un état maniaque, cette éventualité se réalisant plutôt à la faveur d'un accès de manie aiguë auquel les idées d'influence ne survivent pas. (Logre et Heuyer, 51.) En ce qui concerne les paroles et les chants inspirés, s'ils rentrent dans les hallucinations-impulsions verbales telles que les a conçues très largement Séglas, ils se rapprochent de ce que Ceillier appelle hyperphasie motrice, ce qui les en exclut. Ces paroles et ces chants peuvent sembler l'expression d'une excitation ludique, psychique et psychomotrice, comme on l'observe chez le maniaque ; mais ils sont marqués d'un coefficient de dépersonnalisation qui les en distingue. Cette dépersonnalisation n'est pas assez accusée pour que l'on puisse assimiler ces phénomènes à de pures stéréotypies. La complaisance du

malade n'est pas telle, en dépit de son excitation, que l'on puisse suspecter sa bonne foi. Reste le délire d'hallucinations, qu'il est plus difficile d'éliminer : il est possible que Maurice R... persévère dans une attitude hallucinatoire, qu'il développe et qu'il exagère des expériences hallucinatoires anciennes. Mais sa conviction reste entière, et elle se développe dans deux directions : elle tend à nier le rôle de sa pensée et de son activité propres au profit d'une action étrangère qui s'exerce matériellement et spatialement au niveau de son ventre et de son cerveau. Il assigne à ces paroles et à ces chansons une place spéciale dans son histoire, les distingue des paroles et des actions qu'il s'attribue, le lavage de la vaisselle par exemple, en grande partie à cause de l'état sthénique qui accompagne son inspiration et de la satisfaction qu'elle lui donne. En ce sens, ce que perçoit le malade n'est pas tout à fait ce que nous percevons, c'est-à-dire que lui chante : lui perçoit bien qu'il chante, mais, en même temps, il croit qu'on le fait chanter. Ses paroles et ses chansons sont inspirées. On peut dire que l'ensemble du processus a créé un objet de perception, quels qu'en soient le mécanisme et la genèse.

d) Jusqu'ici, les paroles inspirées que nous avons envisagées exprimaient des idées. Chez d'autres malades, l'expression de contenus idéiques s'efface sans disparaître complètement devant la création verbale. Les malades exploitent un certain savoir verbal, souvent purement extérieur, c'est-à-dire fait de souvenirs auditifs et de schèmes moteurs mis en jeu parfois intentionnellement mais selon un mode automatique qui joint à leur état sthénique peut leur donner la conviction de l'origine extérieure et de la valeur de leurs paroles. Nous distinguerons essentiellement trois groupes de faits.

1° Le groupe des glossomanies et des glossolalies vraies. (V. Cénac, 9.) La glossolalie vraie est l'élaboration d'une langue nouvelle créée volontairement par le malade. Le système

formel est celui de la langue maternelle du malade ou d'une langue connue de lui ; les mots sont des néologismes ou des vocables néoformés. Cette glossolalie vraie apparaît surtout comme un effort systématique tel que l'on peut dire, dans certains cas, que le malade apprend la langue nouvelle. Très souvent cependant, le malade prétend qu'elle lui a été révélée, qu'il est inspiré. Il est probable que le malade complète artificiellement ce qui lui a été donné en des « moments féconds ». La glossolalie vraie se rencontre surtout chez des sujets schizoïdes, schizomanes ou schizophrènes. C'est un aspect de la schizophasie, ou langage des schizophrènes.

La glossomanie est constituée par une succession de phonèmes assonancés, rythmés et accentués, dépourvus de sens et de structure grammaticale, imitant d'une façon plus ou moins grossière les langues étrangères que le malade a entendu parler sans les comprendre, ou réalisant l'idée qu'il s'en fait. Assez souvent, le malade parle toutes les langues qu'on lui suggère. (Cénac, 9 ; Guiraud et Lagache, 33.) (V. ci-dessous, obs. III, p. 54.) La glossomanie se développe le plus souvent chez des sujets excités, et revêt une apparence ludique et intentionnelle, à laquelle il ne faut trop se hâter de la réduire. Pour le sujet, elle peut avoir la valeur de la parole inspirée, dans la mesure où l'automatisme et l'état sthénique lui donnent la conviction de leur origine extérieure et de leur valeur.

2^o Dans les néologismes et les langages néologiques, on retrouve des mécanismes analogues, où l'effort vient compléter l'inspiration. De la glossomanie, on peut rapprocher les néologismes amorphes, séquelles de syllabes dépourvues de sens ou d'analogie phonétique avec aucune langue (Quercy, 65 bis, II, p. 437) ; de la glossolalie vraie, les mots déformés ou détournés de leur sens, souvent mots abstraits ou savants dont le sujet ignore le sens véritable, et à la physionomie des-

quels s'attache une tonalité étrange, menaçante ou favorable.

3° La schizophasie, ou langage des déments précoces a été décrite par Pfersdorf (de Strasbourg) (63 *bis*) et étudiée dans les travaux de Teulié (89). C'est un langage qui comprend en général peu de néologismes. Il se compose de mots habituels groupés de façon inhabituelle ; il alterne avec le langage normal : interrogé, le schizophasique répond par une phase de langage normal qui devient de plus en plus courte. Incompréhensible pour l'auditeur, le langage schizophasique est significatif pour le malade dont il exprime les idées, et il est employé seulement en cas d'émotion ou d'excitation. C'est dire que le langage schizophasique est souvent, lui aussi, l'occasion de sentiments de dépersonnalisation, d'automatisme, et d'influence, dans la mesure même où la dissociation n'est pas assez poussée pour que l'incohérence vraie se soit substituée à la pseudo-incohérence significative pour le seul malade, mais qu'une analyse patiente permet souvent d'éclaircir, au moins partiellement.

e) Les modifications de la mimique vocale. La plupart des sujets alléguant des paroles inspirées croient remarquer des modifications de leur voix qui, par moments, pour donner un exemple, devient aiguë chez un homme et grave chez une femme. Ces modifications sont souvent réalisées par le malade, dans la mesure où il vit la situation délirante et s'identifie à son influenceur : une malade de Petit profère des mots grossiers d'une voix masculine, tout en faisant des gestes obscènes « comme un homme ». (Petit, 63.) Enfin, il peut arriver que le caractère hallucinatoire se détache de la pensée, du langage, de l'articulation pour s'attacher aux variations involontaires de la mimique vocale. Nous avons observé ce fait chez un malade du service de M. Rodière, à l'asile de Ville-Evrard : chez ce malade évolue depuis plus de 10 ans une psychose paranoïde à forme de délire d'influence. Le sentiment de l'ins-

piration est indépendant du contenu idéique et verbal, comme de l'articulation ; il s'attache à des modifications impulsives de la mimique vocale, liées comme celles de l'allure et de la posture à des variations spontanées et intermittentes de l'humeur, dans le sens de l'excitation euphorique : le caractère involontaire de ces manifestations, l'état sthénique du malade lui donnait la conviction de leur origine extérieure et de leur valeur.

Après cette analyse des principaux types de paroles inspirées, nous sommes en mesure de dégager ce qui distingue les impulsions verbales hallucinatoires des impulsions verbales non hallucinatoires. Il ne semble pas que cette distinction puisse se faire en partant du mécanisme supposé de ces phénomènes. Ces considérations peuvent conduire aussi bien à en étendre indéfiniment le domaine qu'à le délimiter d'une façon trop étroite. L'extension illimitée reposait sur l'identité du mécanisme psycho-moteur de toutes les impulsions verbales ; et en effet, dans les limites strictes de la parole, rien ne distingue une parole inspirée d'une parole normale. La limitation étroite invoque aussi le mécanisme de la parole ; la parole scandée et le sentiment d'articulation forcée seraient les caractères nécessaires et suffisants de l'impulsion verbale hallucinatoire ; mais les paroles présentant ces caractères ne paraissent pas pouvoir être distraites du groupe plus large des paroles imposées ou inspirées. La limitation se présente d'une manière plus favorable lorsqu'elle distingue les paroles automatiques, qui s'imposent au malade comme un donné, de celles par lesquelles le malade semble compléter artificiellement l'inspiration : mais cette distinction, qui se fait encore sur le plan du mécanisme pathogénique, est cliniquement impossible : le caractère hallucinatoire est dévolu globalement à certaines phases du discours, sans que l'on puisse distinguer du donné les réactions plastiques qu'il suscite. On ne discerne

aucun phénomène élémentaire, sensoriel, sensitif, ou moteur, auquel on puisse décerner le titre d'hallucination-impulsion, mais un état mental et des dispositions qui ont pour conséquence que le malade refuse de s'attribuer certaines paroles et de les inscrire dans son histoire comme étant issues de lui.

Ces dispositions caractéristiques nous paraissent être les suivantes : 1^o tendance à nier le rôle de l'activité propre : ce n'est pas ma pensée, ce n'est pas mon langage, ce n'est pas ma parole ; 2^o tendance à imputer la parole à une action étrangère, qui fait parler le malade ou se substitue à lui ; 3^o tendance à concrétiser et spatialiser l'action étrangère qui agit non seulement sur la personne morale, la volonté et la pensée du malade, mais sur sa personne physique, soit de l'extérieur (idées d'influence), soit même de l'intérieur en s'installant en lui (idées de possession).

Ces dispositions, dont l'importance va en décroissant, ce qui situe le sentiment de l'articulation forcée à sa véritable place, se développent à la faveur d'un état mental spécial que l'on peut caractériser, sommairement et provisoirement, par un déficit mental particulier et de l'excitation psychique et psycho-motrice ; on en précisera plus tard la nature, le degré et le rôle.

Donc, si l'on se résigne à la terminologie classique, ce qui distingue une impulsion verbale hallucinatoire d'une impulsion verbale non hallucinatoire, c'est que le malade croit que sa parole propre ne lui appartient plus mais qu'elle appartient à un autre, qu'elle est aliénée¹, c'est sa tendance à nier l'intervention de son activité propre au profit d'une action étrangère. On peut exprimer la même idée en disant qu'il a une attitude réceptive, c'est-à-dire, dans le cas particulier, auditive, par

1. Aliéné, de *alienatus*, veut dire « qui ne s'appartient plus mais appartient à un autre ». En ce sens, les faits que nous étudions rentrent dans le cadre de « l'aliénation de la parole propre ».

rapport à des paroles que cependant il prononce. Poussée à la limite à la faveur de l'accentuation des caractéristiques de l'état mental, cette tendance aboutit, logiquement pourrait-on dire, à la négation du monologue au profit d'hallucinations auditives. Ces faits sont déjà décrits chez les auteurs classiques, en particulier chez Baillarger, qui écrit à ce sujet : « Il ne saurait dans tous les cas analogues y avoir de doute ; l'hallucination consiste évidemment à entendre des paroles que les malades prononcent très bas, à leur insu et à bouche fermée, et qui semblent, en effet, sortir de la poitrine et de l'épigastre. Les aliénés méconnaissent alors leur propre voix comme on la méconnaît dans les rêves » (3, p. 407)¹. Séglas a repris ces faits, décrits sous le nom de parole involontaire et inconsciente ; il insiste sur le fait que l'inconscience peut persister « alors même que les mouvements sont assez intenses pour que la parole soit réellement articulée, à voix basse ou haute, mais ayant toujours assez de timbre pour pouvoir frapper l'oreille de l'observateur et du sujet lui-même ». (71, p. 150.) Il cite comme exemple un monologue dialogué, où la malade prétend n'avoir qu'entendu des répliques qu'elle a cependant prononcées à haute voix (152-153). Quercy enfin a insisté longuement sur ces faits, dont il a publié de nombreux exemples ; aux malades qui, après avoir soupçonné l'intervention de leur parole, la nient et s'en tiennent à l'attitude auditive, il oppose ceux qui prennent conscience de leur monologue après l'avoir méconnu ; ceux-ci, dans les cas de Quercy, nous sont le plus souvent apparus comme des subaigus chez lesquels avait existé un état subconfusionnel et onirique (65 *bis*, p. 430 et p. 451). L'intervention de l'onirisme est à rapprocher de la remarque de Baillarger, suivant laquelle le malade méconnaît

1. Comparez BALL, *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, p. 91 : « c'est en écoutant sa propre voix, pour ainsi dire, que le malade croit entendre une parole étrangère ».

sa propre voix comme on la méconnaît dans les rêves, et de la disposition des oniriques à vivre, à agir leur délire. Le malade atteint d'hallucinations-impulsions verbales parle les paroles étrangères et imposées qu'il croit entendre, souvent avec une mimique et des gestes appropriés ; c'est un drame dont il est à la fois l'auteur et les acteurs ; il vit intensément la situation délirante.

Les impulsions-hallucinations verbales, par la négation systématique du monologue, mettent en évidence le paradoxe qui est à la base de toute hallucination verbale¹.

II. — LES HALLUCINATIONS MOTRICES VERBALES COMPLÈTES

Séglas appelle hallucination motrice verbale complète une hallucination verbale qui s'accompagne d'un commencement de mouvements d'articulation mais sans que les mots soient prononcés ; tout au plus peut-on saisir quelques mots sans percevoir cependant la continuité d'un discours. Par exemple, une malade de Séglas est poursuivie par un ennemi qui lui fait toutes sortes de misères et lui parle sans qu'elle entende sa voix : « Nous lui demandons, écrit Séglas dans ses *Troubles du langage*, p. 134, de s'informer auprès de cet ennemi invisible de ce qu'il compte lui faire encore : « Le docteur, dit-elle à « haute voix, demande ce que vous voulez me faire ? » Alors elle se met à remuer les lèvres, prononçant des paroles confuses dont nous saisissons quelques-unes, notamment le mot « électricité ». Puis elle reprend tout haut : « Il a dit qu'il me « ferait mourir par l'électricité. » Pendant ce colloque, la malade assure n'avoir perçu aucun son par l'oreille ressemblant à une voix humaine, et de plus, elle nie avoir remué les

1. Ils soulignent en même temps l'importance pathogénique de la diminution de la « vigilance », du trouble de la présence, tant extérieure qu'« intérieure ».

lèvres et parlé bas, alors que nous avons pu constater le contraire. » Perception de paroles étrangères dépourvues de toute acousticité, articulation ébauchée permettant à l'interlocuteur de saisir tout au plus quelques mots : ce sont bien là les caractères classiques de l'hallucination motrice verbale complète.

Cette ébauche d'articulation la place entre l'hallucination kinesthésique verbale, par rapport à laquelle elle est complète, et l'impulsion verbale, par rapport à laquelle elle est incomplète, par son articulation comme par sa phonation. C'est là ce qui fait son importance doctrinale ; forme de transition, elle permet à l'impulsion verbale de participer du caractère hallucinatoire de l'hallucination kinesthésique, et, à celle-ci, de participer de la motricité de l'impulsion verbale. Toutes ces formes ne seraient que des degrés successifs de l'extériorisation de l'image motrice verbale.

L'opinion de Ségla paraît s'être modifiée au sujet de l'importance et même de la réalité de cette forme. Dans sa conférence de 1914 sur les hallucinations psychiques, il ne la mentionne pas, mais souligne, en revanche, que des mouvements d'articulation peuvent prolonger les pseudo-hallucinations auditives verbales. La position de son élève Ceillier (7 et 8) est encore plus nette : pour ce dernier, il s'agit non d'un phénomène hallucinatoire moteur, d'une impulsion verbale proprement dite, mais d'un complexe d'hallucinations psychiques de l'ouïe et de mouvements d'articulation, et il appelle ce phénomène « l'automatisme du langage auditivo-moteur ». Au point de vue théorique, il y voit une expression du caractère mixte, auditivo-moteur, de la formule endophasique du sujet parlant. Même dans cette perspective, et avec ces restrictions, le diagnostic et l'interprétation de l'hallucination motrice verbale complète restent difficiles, et cette difficulté est double.

Le mouvement, s'il existe, peut être méconnu : l'observateur n'aperçoit et le sujet n'accuse aucun mouvement. Mais les mouvements peuvent être assez ténus pour échapper à l'un comme à l'autre. Chez des sujets ne présentant cliniquement que des pseudo-hallucinations, Mourgue dit avoir mis en évidence, à l'aide du laryngographe de Rousselot modifié, des mouvements indécélables à l'inspection et à la palpation. (59, p. 116.) Il est tentant d'en conclure que toute hallucination verbale comporte une composante motrice. Mais ces recherches ne sont pas assez étendues pour être concluantes, et nous avons signalé les résultats contradictoires auxquels sont parvenus les chercheurs qui voulaient vérifier qu'une activité laryngée accompagnait toute activité verbale, même implicite ou virtuelle.

D'autre part, même si le mouvement est perçu par l'observateur ou par le sujet, décelé par le laryngographe, sa nature et sa signification peuvent rester ambiguës. Cliniquement, nous ne pouvons être sûrs qu'un mouvement est bien verbal que si nous entendons des paroles ou les lisons sur les lèvres du parleur. On va voir, à propos de toute une série de cas, que la nature et la signification de la composante motrice de l'hallucination motrice verbale complète est loin d'être toujours facile à déterminer.

OBSERVATION II. — (Cf. Logre et Lagache, 32.)

Marie R..., femme P..., 52 ans, présente une psychose d'influence dont le début patent remonte à octobre 1931.

Séjour en Algérie de 40 années, de 9 ans à 49 ans. A encore suivi l'école 2 années après le certificat d'études. Nombreux accès de paludisme. Ménopause à 49 ans. Un fils marié et une fille d'une vingtaine d'années, tous deux bien portants. Volontaire et énergique. Épouse et mère parfaite. D'après la malade, les troubles ont commencé par la suggestion sans paroles : on lui faisait avoir des querelles avec ses enfants, on lui enlevait ses idées. Brusquement, le 27 octobre 1931, on s'est mis à

l'interpeller dans la nuit, à lui parler, à l'injurier. Elle n'a rien laissé voir, s'est dite fatiguée, est restée au lit. Plus tard on l'a entendue parler à voix basse et elle a fini par raconter ce qu'elle avait. Son caractère s'est altéré, il y a eu des gifles, de part et d'autre ; l'entourage fait en juillet 1932 un premier essai d'internement ; on note alors des idées de persécution et d'influence, des hallucinations auditives verbales, du dialogue à voix basse, des impressions olfactives et viscérales désagréables ; après un séjour de quelques jours à l'hôpital Henri-Rousselle et à l'asile de Villejuif, elle est reprise par son fils. En janvier 1933, elle est conduite à l'Infirmierie Spéciale à la suite d'une plainte déposée par elle au commissariat de police de son quartier.

Brune, petite, corpulente, portant bien son âge, elle est extrêmement animée. La parole est facile, rapide, véhémence. A chaque arrêt de la parole à voix haute, elle chuchote et plus rarement parle d'une voix très grave. Elle expose un délire de persécution. Un seul persécuteur, désigné nommément, ami de la famille, l'injurie et lui occasionne toutes sortes de désagréments. Il est fort et tenace. Elle ignore son but exact : un jour il la menace de mort, le lendemain il lui dit que c'est pour rire. Il lui parle d'amour, lui dit qu'il va prendre un commerce. Il connaît ses pensées et énonce tout ce qu'elle fait.

L'attitude auditive de la malade est nette : « J'entends », affirme-t-elle plusieurs fois. Mais la voix est feutrée, c'est un chuchotement lointain. A d'autres moments il parle fort, comme quelqu'un qui serait près d'elle. Il change sa voix, prend la voix d'une personne plus âgée, comme s'il avait quelque chose dans la bouche (la malade met elle-même des corps étrangers dans sa bouche). Il la tient derrière le cou, dans la tête, à cause de ses épingles à cheveux, la lui serre comme dans un étau, au point de provoquer des troubles de la vue. Elle tend à nier toute participation active aux hallucinations verbales : elle ne dit rien, ne parle pas toute seule, puis reconnaît qu'elle chuchote : « C'est, dit-elle, la personne implantée qui parle. » On lui parle par sa bouche presque constamment. On l'oblige à répondre : tantôt il dit la réponse qu'elle pense, tantôt il lui fait dire une réponse qu'elle ne pense pas. « C'est comme un soufflet de forge. »

Pendant tout l'interrogatoire la parole à voix haute reste rapide, véhémence. A chaque fin de phrase, à chaque arrêt,

lorsque la malade reprend son souffle, sur son inspiration énergique se greffe une ébauche d'articulation que prolonge une parole chuchotée à voix basse et en expiration comme il est normal. Lorsqu'on essaye de saisir le sens de cette parole chuchotée, on distingue peu de chose, des mots ou des phrases courtes, stéréotypés : « on va t'enfermer », par exemple. Le mot « naturellement » paraît revenir avec une particulière fréquence. Lorsqu'on demande à la malade de répéter à haute voix les propos que la voix vient d'émettre, elle paraît embarrassée et fait part de quelques mots banals, ou de quelques paroles stéréotypées : on va l'enfermer, ou, au contraire, elle ne va pas rester ici. Cette pauvreté contraste avec la richesse du délire et l'activité hallucinatoire dont témoigne la malade. Enfin, elle convient que, quand elle parle à voix haute, son persécuteur ne peut la suggestionner et qu'alors elle n'entend rien.

En dehors de la suggestion ou « sujétion » parlée, la malade est soumise également à la suggestion sans paroles. Au point de vue physique, on provoque des douleurs, des sensations de constriction des jambes et de la tête, de la somnolence et du sommeil, de l'excitation et des jouissances génitales. Au point de vue intellectuel, on lui enlève ses idées, ses souvenirs. Au point de vue affectif, on l'incite à se quereller avec ses enfants. Au point de vue de l'activité, on l'empêche de marcher, on la prend sur place, on la fait tomber ; on lui fait faire des maladresses : casser de la vaisselle, des aiguilles de machine à coudre, brûler ses plats, prendre 100 francs pour 50. L'action de son persécuteur lui paraît diffuser sur tout le champ psychologique, sur ses proches, qu'il irrite contre elle, sur les denrées du marché, dont il augmente les prix. La seule action favorable qu'il ait eue a été de la faire bien uriner et « aller du corps ».

A certains moments, elle s'est laissée aller au désespoir, pensait à se tuer tant il l'agace. Mais, autoritaire et courageuse, elle a réagi. Elle a mis une ceinture de flanelle contre les palpitations, elle se baigne avec de l'eau froide contre les entreprises érotiques. Elle se bouche les oreilles, entend quand même, mais plus sourd. Elle se serre les narines, se lave la bouche et les narines avec de l'eau salée, se met des morceaux de pomme de terre dans la bouche. Enfin, contre la suggestion persécutrice, elle a eu recours à la suggestion thérapeutique : le Dr D... lui a fait 25 séances de suggestion qui lui faisaient

un peu de bien ; le persécuteur ne s'attaquait plus à la tête mais au corps, il y avait un mieux tant qu'elle était à la clinique.

Au point de vue physique, la malade présentait un tremblement léger des doigts et une tachycardie variable de 92 à 104.

A la suite d'une tentative de narcothérapie faite par le Dr Ey dans le service du Pr Claude, pendant une courte période l'agitation et les phénomènes hallucinatoires ont disparu, laissant la place à un délire de grandeur. En juin 1933, le tableau était à peu près le même qu'en janvier avec une note mégalo-maniaque plus accentuée : malgré la réticence, on perçoit l'ébauche d'idées de filiation illustre, d'héritage à recouvrer, de brillant mariage avec le persécuteur, dont la personne physique paraît bien correspondre à l'idéal masculin de la malade. Elle ne veut pas accepter ses propositions : si elle avait accepté, elle ne l'entendrait plus, mais elle serait bien fatiguée. Les idées de persécution persistent : il a maintenant la manie de la défigurer.

Cette malade nous paraît remarquable à plusieurs points de vue, en ce qui concerne le mécanisme et la nature des hallucinations motrices verbales complètes, dont le diagnostic ne fait pas cliniquement de difficulté.

La malade ne paraît pas très dissociée à l'examen, bien que son adaptation à la vie familiale et sociale soit nettement déficiente ; mais l'état émotif, l'excitation suppléent à la dissociation. L'excitation n'est pas telle que la malade ne s'adapte pas à l'interrogatoire ; en particulier, elle ne présente pas, comme beaucoup de ces sujets, de fuite des idées ; mais son attention fléchit dès qu'elle a fini de répondre. La parole normale et à voix haute est une activité orientée et adaptée, qui nécessite un certain intérêt, une certaine tension, et qui maintient cette tension à un niveau assez élevé ; lorsque la parole est facile, ou, ce qui revient au même, lorsque la pensée est facile à exprimer, le cours des pensées et le cours des paroles sont si étroitement adéquats qu'il peut sembler que la parole nous révèle notre pensée naissante et en incessante

progression ; les pauses du discours sont aussi des pauses de l'activité mentale ; dès lors, on comprend que le processus hallucinatoire surgisse si immédiatement après la parole normale, profitant pour s'insinuer dans le comportement d'un brusque et temporaire abaissement de la tension psychologique.

Entre la parole normale et la parole hallucinatoire, il n'existe aucun intervalle libre. Essoufflée par sa parole abondante et rapide, la malade reprend bruyamment son souffle, et le début du processus hallucinatoire se greffe sur cette reprise. Malgré cette circonstance, confusément remarquée de la malade, qui compare la parole parasite à un soufflet de forge, le processus hallucinatoire n'a aucune tendance à devenir une « voix intérieure » et, bien qu'« inspirée », la voix reste localisée au loin ; la malade tend à nier l'intervention de sa parole propre et ce n'est que pressée de questions qu'elle la reconnaît, non sans réserves.

L'activité hallucinatoire soutient avec la respiration des rapports intéressants ; Baillarger, le premier à notre connaissance, a signalé l'action suspensive des pauses respiratoires, sur laquelle Ferdinand Morel (de Genève) est revenu tout récemment (58). Le passage du courant d'air expiratoire par le larynx et par la bouche est la matière que la phonation et l'articulation informent, dans la parole normale et dans certaines hallucinations verbales, sinon dans toutes. Dans notre cas, ce qu'il y a de particulier, c'est que la malade utilise sa reprise inspiratoire, particulièrement bruyante, qu'elle essaye d'articuler sur son inspiration, contre toutes les lois qui régissent les rapports de la respiration et de la parole, informant le courant d'air inspiratoire comme d'autres articulent leur toux ou leur éternuement¹.

1. « Ahum » et « atchoum » ne sont que des approximations indicatives de la toux et de l'éternuement. Cette notation peut avoir une action plastique sur la toux et l'éternuement. Je connais des sujets qui articulent

Articuler sur l'inspiration, c'est jouer la difficulté. Une conséquence en est peut-être l'extrême pauvreté idéique et verbale du processus, s'il se limite à ce que nous en avons pu saisir et à ce que la malade en révèle, pauvreté qui contraste avec la richesse du délire, alimenté par des intuitions, des interprétations, des pseudo-hallucinations verbales. Pour autant que celles-ci sont actives, fréquentes, riches, les mots et les courtes phrases stéréotypés que nous percevons, greffés selon un mode antiphysiologique sur l'inspiration, ne peuvent en être considérés comme le prolongement.

L'observation suivante nous conduira à des remarques analogues.

OBSERVATION III. — (Cf. Guiraud et Lagache, 34.)

Paul L..., 40 ans, corroyeur, a été conduit à l'infirmerie spéciale le 5 décembre 1932, à la suite d'un scandale à l'atelier. Il aurait menacé un contremaître de son couteau et serait entré, dissimulant deux couteaux derrière lui, dans le bureau d'un de ses chefs, lui déclarant : « Monsieur L..., j'en ai assez ; si ça continue, dans 48 heures je suis fasciste. » Prétend n'avoir voulu qu'intimider.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 40 ans d'un « chaud et froid ». Un ou deux enfants seraient morts en bas âge, de convulsions.

Antécédents personnels. — Pas de syphilis. Pendant la guerre, paludisme et chancre mou. Aurait eu des accès palustres vers 1920. Excès alcooliques depuis plusieurs années. Séparé de sa femme. Divorce prononcé récemment à ses torts.

Histoire de la maladie. — Début difficile à préciser. D'après une tante, épisode délirant antérieur non daté, ayant duré 16 mois, coupé de paroxysmes avec agitation nocturne, cris, chants. Peu avant l'internement, disait qu'on pénétrait chez lui, qu'on dérangeait ses affaires, qu'on allumait l'électricité. D'après le malade, fatigue depuis 2 à 3 mois.

nettement : a-hum quand ils toussent et atchoum quand ils éternuent. Et dans d'autres cas, sans que l'extériorisation motrice atteigne cette perfection, nous entendons ahum et atchoum.

Examen du 6 au 10 décembre 1932. — Excitation psychique et psycho-motrice. Agitation subcontinue coupée de paroxysmes pendant lesquels le sentiment d'influence atteint son maximum. Délire de persécution et de protection. Grievs contre sa femme, envers laquelle il se reconnaît des torts mais qui, dès le début du mariage, l'a sali, trompé, puis quitté. Le voisinage lui est hostile, parce qu'il est catholique. Ses camarades d'équipe, tous communistes, lui sont hostiles par ce qu'il est fasciste. Dès qu'il sera libre, il adhérera au parti fasciste qui lui rendra « ses honneurs ». Il est sous la protection de la police secrète avec laquelle il est en communication depuis quelques semaines, ainsi qu'avec une femme mystérieuse.

Le moyen de communication est la transmission de pensée par signaux. Il comprend ses interlocuteurs en accomplissant, sous leur influence, les mouvements qu'ils font et en proférant les paroles qu'ils disent.

Réciproquement, ils le comprennent en imitant, eux aussi, ses mouvements et ses paroles.

Syndrome moteur intense et complexe, dépassant les frontières de la parole sinon celles du langage, que le symbolisme en soit intentionnel ou interprétatif : attitudes concentrées, peut-être auditives ; hypermimie ; flexion et déflexion du cou ; clignements d'yeux ; mouvements divers des peauciers et des masticateurs ; trismus, mutisme, parole entre les dents « quand il est en action » ; parole explosive, un peu scandée ; bégaiement intermittent ; subactivité des doigts ; tapotement des pieds.

Si ces extériorisations motrices ont pour le malade la valeur d'hallucinations parlées, elles ne paraissent cependant pas, le plus souvent, adéquates à des paroles et à des idées. On ne peut en saisir le contenu idéo-verbal, et le malade refuse de le révéler, sous prétexte que c'est secret. Mais ses mouvements sont manifestement exagérés, soit intention d'amplifier l'émission, soit éréthisme moteur. Il présente le phénomène de Stricker-Ségla, c'est-à-dire l'exclusion réciproque de la parole hallucinatoire et de la parole normale ; le secret justifie encore le mutisme et le trismus, malgré lequel il parle entre les dents, ce qui, à nouveau, peut faire douter qu'il parle en dedans autant qu'il le prétend. Les mouvements de la bouche ont parfois leur origine dans le ventre, ou, plus précisément, le flanc gauche.

Il dit encore qu'il entend des paroles, mais l'acousticité

en est faible. C'est un bourdonnement, comme le bruit de la personne, comme des paroles, mais non des paroles ; il comprend très bien, il identifie des voix d'hommes et de femmes ; une seule fois il a entendu très fort. Il dit entendre, tantôt dans les oreilles, tantôt dans la bouche. Sa voix reste la même quand les autres lui parlent, mais il *sait*¹ quand ce sont eux qui parlent et quand c'est lui.

Il correspond « de tête » avec une femme qu'il ne connaît pas, et avec la police. De tête ne veut pas dire mentalement et la transmission de la pensée ne paraît pas pouvoir se passer d'intermédiaire matériel, de mouvements de la tête et de la bouche qui sont des signaux. Mais si des interlocuteurs peuvent ainsi lui parler à distance, c'est que les mots lui viennent dans la pensée.

En résumé, d'une part, certaines pensées, et certaines paroles pensées tendant à être parlées ; d'autre part, le malade perçoit sous forme de parole des mouvements qui paraissent l'expression d'un éréthisme moteur pur et primitif.

Le rire et les pleurs forcés se trouvent également à la rencontre de ces deux courants de sens contraire. Tantôt il dit parce qu'on lui communique « des machins rigolos », tantôt c'est à la suite d'une sollicitation toute physique. De même, le tremblement, la sensation de constriction de la gorge lui suggèrent l'opportunité de la peur.

Quelques illusions visuelles, probablement interprétatives : on lui présente des couteaux ; les armes fascistes apparaissent sur sa joue gauche après le raser.

Examen physique. — Aspect général plutôt vigoureux. Visage amaigri et peu coloré, mains très rouges. Cicatrice inguinale droite (bubon suppuré).

Examen viscéral. — Sclérose pulmonaire apicale droite. Bruits du cœur un peu sourds à la base, clangor léger, tachycardie. Foie gros débordant. Rate non percevable.

Examen neurologique. — Réflexes achilléens abolis à droite et à gauche. Réflexes rotuliens abolis à droite, extrêmement faibles à gauche. Tremblement digital. Pas d'autres signes neurologiques objectifs.

Examens biologiques. — 8 décembre 1932 : P. L. : alb. 0,15,

1. On ne saurait trop souligner la portée de cet aveu, qui démontre la valeur secondaire des caractères sensoriels des voix.

sucré 0,95, cyto : plus de 2 éléments par mc., B. W. négatif. Sang : glycémie 0,69 (coagulation partielle du prélèvement), B. W. négatif. Urines : alb. 0, sucre 0.

24 décembre 1932 : P. L. : alb. 1,25, réaction de Pandy négative, cyto 1,8, B. W. négatif, benjoin colloïdal normal. Sang : B. W. négatif, Meinicke positif. Urine : alb. 0, sucre 0.

Évolution.

31 décembre 1932, Dr Ey. — « État de débilité mentale aggravé probablement par des habitudes éthyliques, des idées de persécutions assez bien systématisées, avec interprétations pauvres. Ne semble plus présenter aucune des hallucinations consignées dans le premier certificat. »

18 mars, Dr Guiraud. — « Débilité mentale avec délire basé sur des idées d'influence, des interprétations délirantes et de l'activité imaginative. Idées de persécution : on sabotait son travail, à l'usine on se moquait de lui. Est sous la domination des judéo-anarchistes qui le forcent d'exécuter des mouvements de la tête. Est envoyé par la Préfecture de police pour surveiller l'asile, correspond avec elle par des mouvements des yeux. Suggestibilité, variabilité des explications autour du même thème de méfiance et de soutien. Hallucinations psychiques. — Même syndrome physique : praxies parasitaires, tics, instabilité, myoclonies. Abolition des réflexes tendineux aux membres inférieurs. Meinicke positif dans le sang. Possibilités d'encéphalite syphilitique torpide. A maintenir. »

Au cours du séjour à Villejuif, le tableau clinique est resté à peu près le même. La communication par signaux n'apparaît que d'une façon intermittente, avec l'éréthisme moteur qui en constitue la matière. Le délire a évolué dans un sens nettement mégalomane : le malade se croit le chef de la Sûreté. Depuis son passage à l'Infirmierie Spéciale, il s'est montré réticent. Le fait le plus digne de remarque est l'apparition d'un langage sans valeur symbolique, consistant en improvisations syllabiques imitant grossièrement les différentes langues, le plus souvent l'allemand ou une langue germanique, qu'il emploie quand il ne veut pas répondre, qu'il entremêle de mots français et qu'il termine souvent par les paroles suivantes : « Je ne veux rien accepter de vous » ou « je n'ai pas à vous répondre. »

Au point de vue physique et neurologique, le tableau est resté le même.

En résumé, il s'agit d'un homme de 40 ans, légèrement débile, alcoolique chronique, dont les réflexes rotuliens et achilléens sont abolis, qui présente une réaction de Meinicke positive dans le sang, chez lequel évolue d'une façon patente, depuis plus d'un an, une psychose hallucinatoire chronique coupée de paroxysmes d'agitation. Au cours de ces paroxysmes on observe diverses extériorisations motrices qui n'apparaissent pas nettement comme des mouvements verbaux mais que le malade assimile à des paroles forcées ; les paroles pensées ou entendues, les mouvements se prêtent un mutuel appui, sans qu'il y ait cependant adéquation entre les uns et les autres ; malgré cette absence de cohérence, le malade les insère tous pareillement dans son système de communication à distance par transmission réciproque. Un peu plus tard, à cet éréthisme moteur silencieux, caricature de la parole, s'est ajouté, et dans une certaine mesure, substitué, un éréthisme syllabique pseudo-verbal, imitant des langues étrangères que le malade a entendu parler sans les comprendre, auquel il paraît attribuer la même origine et la même signification. Cette glossomanie exprime encore, comme le trismus justifié par le secret à la période précédente, une attitude réticente et négativiste, ainsi qu'en fait foi la formule française par laquelle il clôt ses parodies linguistiques. Cette évolution a confirmé, d'une manière surprenante pour nous-mêmes, notre interprétation des extériorisations motrices qui nous avaient d'abord intéressé. Elle montre bien comment l'idée d'une communication à distance informe tour à tour des matières variables ; chez notre malade, l'éréthisme moteur pur et le savoir verbal tout extérieur ont été tour à tour exploités. L'association du mouvement aux paroles hallucinatoires ne va donc pas toujours de la pensée au mouvement, mais peut aller du mouvement à la pensée.

Une première confirmation de cette vue réside dans le

fait que cette observation n'est pas isolée. Il existe une maladie dans laquelle les hallucinations motrices verbales, lorsqu'elles existent, sont le plus souvent en rapport avec des manifestations convulsives et subconvulsives dans les territoires du trijumeau, du facial, et des masticateurs : c'est la paralysie générale. Les cas de Sérieux (1894 et 1898), Henry, Schterbak, Borel et Ceillier sont démonstratifs à cet égard. Le fait que les hallucinations psycho-motrices verbales ne se produisent qu'au début ou au cours de rémissions établit l'insuffisance des conditions mécaniques ; lorsque le malade est trop affaibli, les mouvements convulsifs et subconvulsifs ne suscitent plus de réactions délirantes de mode hallucinatoire (Cf. p. 11 et p. 110).

Les paroles étrangères ou imposées peuvent si bien faire corps, avec des mouvements quelconques du territoire de la parole, qu'elles peuvent se greffer sur des mouvements extérieurs au territoire de la parole.

OBSERVATION IV. — (Observation complète *in* Heuyer et Lagache, 38. Cf. p. 149.)

Toussaint S..., 33 ans, présente un syndrome d'influence peut-être consécutif à une encéphalite épidémique, avec idées de transformation corporelle et de changement de sexe, impulsions suicide et homicide, des troubles du courant de la pensée et de la parole intérieure. En 1929, il avait déclaré que son persécuteur lui parlait par les jambes, lui adressait des paroles scandées par la marche ; après une opération, il avait eu la sensation d'avoir les jambes coupées et disait y entendre la voix de la conscience. En 1933, il raconte qu'il ne peut tenir en place, qu'il doit marcher malgré lui. Interrogé sur le curieux phénomène qu'il avait présenté, il explique qu'il ne se sent pas normal, qu'en marchant il sent quelque chose qu'il cherche à écarter ; la cadence de sa marche, ses pas retentissent dans sa tête et lui paraissent étranges. Il porte également une attention exagérée à sa respiration qu'il sent difficile au point de croire qu'il n'a plus de poumon droit. En somme, il paraît percevoir

des paroles dans sa marche à la faveur d'un ralentissement du mouvement de la pensée, qui l'arrête sur la pensée du mouvement.

Résumons-nous :

1^o L'hallucination motrice verbale complète, *pure et autonome*, existe peut-être, mais nous n'en avons jamais trouvé d'exemple dans la littérature ni n'en avons observé ;

2^o En revanche, on doit admettre l'existence de complexes psycho-moteurs hallucinatoires, associant un contenu idéo-verbal et des mouvements de phonation et d'articulation, complexes perçus par le sujet comme des paroles imposées, ou comme des paroles étrangères ; dans ce dernier cas, il méconnaît ou nie l'intervention de sa parole propre ;

3^o Le complexe hallucination motrice verbale complète peut se constituer avec une composante motrice qui n'est pas un mouvement d'articulation et de phonation, mais un mouvement banal, expression d'un éréthisme moteur convulsif ou subconvulsif ; par exemple, contre la physiologie, le courant d'air inspiratoire peut être la matière de la parole forcée ;

4^o L'inclusion de mouvements quelconques, localisés dans le territoire de la parole, dans le processus hallucinatoire verbal est confirmée par l'inclusion de mouvements extérieurs au territoire de la parole, et par conséquent sans rapports non seulement physiologiques mais anatomiques avec elle.

Il y a donc, dans la nature et le mécanisme des phénomènes correspondant, cliniquement, à l'hallucination motrice verbale complète une raison plus puissante que la psychophysiologie générale du langage : c'est l'état mental des malades, leur tendance à objectiver les formules verbales et idéo-verbales dans le champ spatial et dans le champ interpsychologique. Nous allons immédiatement entreprendre, au sujet de l'hallucination kinesthésique verbale, une démonstration analogue.

III. — L'HALLUCINATION KINESTHÉSIQUE VERBALE

Diverses impressions sensibles et sensorielles accompagnent l'exercice de la parole : les impressions auditives produites par le son de la voix ; au niveau des muqueuses, le passage de l'air expiratoire, les sensations de double contact produites par les mouvements de la langue et des lèvres ; les impressions vibratoires des voies aériennes, impressions dont le siège plus ou moins élevé dépend précisément de la hauteur de la voix ; les sensations produites par l'activité musculaire du diaphragme, du larynx, du voile, de la langue, et des lèvres ; au total, des impressions extéroceptives, intéroceptives, et proprioceptives. Ce complexe sensitivo-sensoriel contribue à différencier la parole parlée de la parole entendue ; les bruits extérieurs ne se révèlent que par l'ouïe et, fort accessoirement, lorsqu'ils sont suffisamment intenses, par la perception de vibrations, lorsqu'ils sont brusques et surprenants, par l'occlusion des paupières (réflexe cochléo-palpébral). Au contraire, la parole parlée a une intimité sensible qui paraît le plus sûr garant de son appartenance à un moi et de sa spécificité personnelle.

Il n'est pas rare d'observer des hallucinations verbales associées à des données sensibles, normales ou anormales, extéroceptives, intéroceptives ou proprioceptives, les unes intérieures, les autres extérieures au territoire de la parole. Ces données occupent, dans l'ensemble du processus, une place variable : à côté des hallucinations parlées intérieurement ou actuellement sans élément sensitif additionnel, il est des formes mentales ou motrices qu'accompagnent accessoirement des impressions sensibles et des formes essentiellement sensibles.

Baïllarger connaissait bien ces hallucinations localisées par les malades dans la tête, la gorge, la poitrine, qu'il faisait

rentrer dans le cadre de ses hallucinations psychiques. C'est sur les hallucinations épigastriques qu'il insiste le plus et il distingue à leur propos deux groupes de malades : ceux qui parlent vraiment, à bouche fermée, mais inconsciemment, méconnaissant leur parole comme on la méconnaît dans les rêves, et ceux qui, sans parler, croient penser à l'épigastre ou qu'on leur parle en ce point, la sensibilité « se concentrant » sur la région épigastrique ; d'une manière générale, le malade a tendance « à assigner à la voix le point qui est devenu le siège d'une sensibilité plus ou moins vive » ; par exemple Baillarger cite le cas d'un malade à qui parlaient ses douleurs rhumatismales. Doctrine large par conséquent, qui, à côté des localisations traduisant la psycho-physiologie de la parole, reconnaissait et expliquait les localisations aberrantes. (3, p. 309 et p. 404.)

La position de Ségla est plus exclusive. De tous les complexes sensitivo-verbaux, le seul qu'elle reconnaisse pleinement est l'hallucination kinesthésique verbale simple ou proprement dite. C'est la véritable hallucination psychomotrice verbale, où la sensation de prononcer des paroles ne se surcharge d'aucune composante motrice actuelle (à supposer que l'on puisse en éliminer tout mouvement naissant, toute réaction tonique). C'est elle surtout que l'on peut rapprocher de l'illusion des amputés, où nul mouvement du membre fantôme ne saurait à coup sûr être suspecté. Elle n'est que kinesthésique, ce qui, sous la plume de Ségla, veut dire qu'elle comporte deux éléments, l'un secondaire, constitué par l'apparition d'images sensorielles, tactiles et musculaires, originaires de la périphérie, l'autre principal, le sentiment d'innervation, d'origine centrale. Mais, du fait même de son intensité, l'image verbale tend à s'extérioriser et à se reporter vers le point de la périphérie où s'exerce l'action du centre où elle est localisée, « conformément à la

loi de l'excentricité des sensations ». (Ségla, 71, p. 140.)

En voici un exemple typique, emprunté à Ségla lui-même : il s'agit d'une femme, atteinte de « mélancolie avec conscience », qui présente le phénomène de la conversation mentale : « Une voix dit pour, l'autre contre ; je ne les entends pas, je les comprends ; je cause en moi-même sans parler cependant » ; c'est une sensation de vide qu'elle a dans le gosier qui lui donne ses mauvaises pensées : « J'ai dans la gorge une respiration aiguë et c'est elle qui me donne des idées mêlées ». Parole non actuelle mais virtuelle, absence d'auditivité et de mouvement, paresthésies localisées dans la gorge, c'est-à-dire dans le territoire de la parole, on retrouve bien là les éléments que dégage l'analyse du concept d'hallucination kinesthésique verbale. (Ségla et Londe, 70.)

Un point doit être précisé. Cette respiration aiguë, cette sensation de vide que la malade ressent dans le gosier ne peuvent être des impressions quelconques que sa fantaisie incorpore à un processus verbal dont elles seraient le signal ou qui en serait l'interprétation. Ces impressions sont *éloquentes*, ou mieux, elles sont des mots et des phrases, partie intégrante d'un processus dont l'unité est interne et non externe, grosses d'une parole dont elles sont à la fois l'extrait et la puissance. Ce qui le prouve, c'est l'alternance de la parole sentie, ébauchée, et achevée, c'est la progression qui fait passer de l'une à l'autre et c'est, d'autre part, le mutisme des mouvements ou des paresthésies qui ont leur siège en dehors du territoire de la parole : en eux-mêmes, ils n'ont aucune valeur verbale, parce qu'ils ne peuvent éveiller aucune image motrice verbale ; pour devenir éloquents, il faut qu'ils soient accompagnés « de mouvements analogues dans les organes qui servent à l'articulation des mots et qui, eux, sont en rapport avec des images différenciées, spécialisées, dans le centre moteur d'articulation de la fonction du langage ». Ceux-ci constituent

« une hallucination motrice verbale réflexe ». A l'appui de ces vues, SéglaS cite l'observation d'une malade atteinte de blépharospasme, qui, la plupart du temps, ne comprend pas ce que lui dit le persécuteur qui agit sur ses yeux si, au même moment, un autre persécuteur ne lui actionne la langue. (SéglaS, 71, p. 129-130.)

Dans ses derniers travaux, SéglaS ne fait guère que mentionner les hallucinations kinesthésiques verbales. Il exprime des doutes sur l'existence des images verbo-motrices, auxquelles il préfère les images auditivo-motrices verbales. Cliniquement, il insiste sur les pseudo-hallucinations auditives verbales prolongées d'une ébauche d'articulation. (SéglaS, 78.)

De même Ceillier, tout en se déclarant fidèle à la triade fondamentale, néglige les hallucinations kinesthésiques et paraît penser que les données kinesthésiques correspondent à des mouvements naissants méconnus. (Ceillier, 7 et 8.)

Mourgue expose une doctrine très voisine de la doctrine de SéglaS. Tous les sujets présentant des hallucinations parlées sont pour lui des sujets présentant ou ayant présenté également des hallucinations auditives. L'appareil auditif et l'appareil phonateur constituent une unité physiologique indissoluble. Dans les cas envisagés, les mouvements naissants d'articulation constituent la composante qui s'impose le plus énergiquement au sujet ; par suite, les organes qui en sont le siège sont identifiés comme étant aussi le siège de l'hallucination. « Que pour une raison tenant à l'histoire instinctive passée du sujet un autre organe ait joué un rôle quelconque chargé de valeurs instinctives, l'hallucination sera déplacée sur cet organe par un processus de causalité fragmentée (estomac lié aux effets des émotions dépressives, ventre comme symbole des organes génitaux ». (Mourgue, 59, p. 129.) La maladie révèle des dispositifs qu'ignore la santé ; elle ne

peut que les masquer, sans cependant en sortir, lorsqu'il y a localisation aberrante.

Nous envisagerons successivement les cas où les données sensibles sont extérieures au territoire de la parole et ceux où elles lui sont intérieures, en nous appuyant sur deux observations que nous avons publiées dans *Les Annales Médico-Psychologiques*. (Lagache, 42.)

Nous devons la première à l'obligeance de M. le Dr Capgras. Il s'agissait d'une femme de 49 ans chez laquelle s'était développée une psychose d'influence 5 ans après l'arrêt des règles, peu de temps après un état confusionnel ; assez peu systématisé, le délire se présentait sous les espèces d'idées de persécution et de protection et avait trait à des inquiétudes conjugales compliquées d'un thème érotique et incestueux. Cette observation nous parut caractéristique et instructive :

- 1° Par l'état mental et affectif de la malade ;
- 2° Par ses illusions visuelles ;
- 3° Par ses hallucinations verbales périphériques¹ ;
- 4° Par ses hallucinations sensitivo-verbales, qui doivent s'interpréter en fonction de l'ensemble des données précédentes.

1. Par hallucinations périphériques, les anciens auteurs entendent les hallucinations qui se produisent à l'occasion de données sensitivo-sensorielles réelles, mais ne se confondent pas avec elle : par exemple, il y a hallucination auditive verbale périphérique lorsqu'un malade entend des paroles quand l'eau coule d'un robinet. C'est ce que les traducteurs de JASPERS désignent sous le nom d'hallucinations fonctionnelles. Il faut les distinguer des illusions sensorielles dans lesquelles la donnée fait partie de la perception fausse.

JASPERS dans sa *Psychopathologie générale* (traduction française, Alcan, 1928, p. 61) désigne ces phénomènes sous le nom de « paréidolies ». Il les distingue des « hallucinations fonctionnelles » dont les hallucinations verbales entendues dans des bruits extérieurs sont le type : « Tandis que les illusions contiennent les éléments réels de la sensation, il s'agit ici d'hallucinations apparues à l'occasion de sensations extérieures qui persistent avec leur caractère propre » (p. 63). Que le mécanisme soit ou non le même, ces

En ce qui concerne l'état mental et affectif, rien n'était plus typique que le comportement lors de l'interrogatoire. Jeanne G... était plus excitée et plus dissociée que ne le sont ordinairement les « hallucinés de l'ouïe ». Sur ce fond d'excitation habituelle se développaient des paroxysmes d'agitation anxieuse.

A toutes les périodes de la maladie, dès l'état confusionnel initial, les illusions visuelles avait occupé une grande place. Au moment où nous l'examinions, ces illusions se développaient avec une facilité qui ne laissaient pas de les rendre suspects, bien que la bonne foi de la malade fût incontestable ; elle disait, par exemple, qu'elle faisait une teinte merveilleuse, les fontaines lumineuses ; le plus souvent cependant, ces illusions avaient un point d'appui extérieur dans des données sensibles que déplaçaient les données mnésiques et imaginatives : par exemple, les arbres, les dessins d'un parquet.

Du même mécanisme paraissent relever les paroles qu'elle entendait dans le chant des oiseaux. Elle entendait parler les oiseaux, ce qui ne veut pas dire qu'elle n'entendait pas comme nous le sifflement du merle ; elle ne lui découvrait pas non plus, après coup, une intention ironique ou hostile, comme ferait un interprétant ; elle ne comprenait pas non plus le chant des oiseaux à la manière de Siegfried après qu'il a bu le sang du dragon ; le sifflement du merle était perçu comme tel, et en même temps comme paroles ; de même la malade entendait des paroles dans le bourdonnement d'une mouche, le bruit du robinet, le roulement du chemin de fer,

deux ordres de phénomènes coexistent et paraissant l'un et l'autre en rapport avec la même structure des états psychopathiques où ils s'observent. JASPERS lui-même cite une observation où paréidolies et hallucinations fonctionnelles voisinent : « Sur les nuages qui passaient je voyais des figures de jeunes filles qui souriaient pour me séduire ou se moquer de moi ; et quand le vent agitait les branches, elles me faisaient des signes. Le souffle du vent devenait leur chuchotement » (p. 62).

un peu spécial, lui, car il peut provoquer un ébranlement non seulement sensoriel, mais sensitif.

C'est à la lumière de l'état mental, des illusions visuelles et des hallucinations verbales périphériques qu'il faut interpréter la perception de paroles dans les impressions sensitives extérieures au territoire de la parole. Il ne suffit pas de dire que la malade localisait les voix au point qui était le siège d'une sensation anormale ou anormalement perçue, sur laquelle son attention était attirée ou dont le siège avait joué un rôle dans son histoire affective. En s'exprimant ainsi, on ne traduit pas la véritable nature du processus et on ne rend pas compte de son unité telle qu'elle est profondément ressentie par l'halluciné. On décrirait ce qui se passait d'une façon plus rigoureuse en disant que la malade percevait les impressions sous forme de paroles parce que l'acte verbal très automatisé et d'une forte charge affective était facilement suscité par toute excitation et déplaçait la donnée sensitive sans l'éliminer complètement de la conscience mais en s'agglutinant à elle.

Entre ces hallucinations sensitivo-verbales et les hallucinations auditives verbales, il semble y avoir rivalité, bien que la malade n'ait pas cessé de dire qu'elle entend. Notons que chez elle, comme l'a soutenu Ségla, ces hallucinations spéciales étaient apparues après les auditives. Dès le début cependant, l'acousticité de celles-ci n'avait pas paru à l'abri de toute critique : il semble que, contrairement aux thèses classiques, il y ait eu dissociation entre la sensorialité et l'extériorité spatiale ; elle localisait dans l'espace extérieur des voix de sensorialité faible : si c'est par les oreilles qu'elle entendait la nuit, c'était dans la tête le jour.

Cette faible acousticité ne fait pas nécessairement jouer l'imagerie verbo-motrice, qui ne paraît pas plus indispensable ici qu'en ce qui concerne l'hallucination verbale périphérique.

De fait, aucune impression consciente intérieure au territoire de la parole n'accompagne les paroles senties dans les mains, les pieds, le cœur. Les paroles et le chant forcés n'étaient apparus, précocement d'ailleurs, qu'à l'occasion d'épisodes d'agitation et d'anxiété. Devant nous, la malade ne remuait ni les lèvres ni le larynx, elle se défendait de remuer la joue. Dans la bouche, les sensations et les mouvements qu'elle percevait étaient extrêmement vagues et n'avaient aucunement la précision qui conviendrait à des sensations éloquentes : « on lui fait aller les dents comme un piano ; elle a dû se faire arracher trois dents qui la faisaient souffrir ; ses dents remuent, et une parole se forme quand remuent ses dents ». Ces sensations, ces mouvements sont quelconques, et n'ont rien de plus spécifiquement verbal que les impressions issues des pieds et des mains. C'est ce que démontrera avec plus de force encore l'observation suivante, dont nous donnerons un bref résumé.

OBSERVATION V. — (Asile Sainte-Anne, service du Dr Simon.)

Homme, 40 ans, dessinateur en broderie, séparé de sa femme depuis 5 ans. Changement de l'humeur et troubles du caractère, depuis environ 15 ans. Délire patent depuis 4. Premier internement il y a 3 ans et demi, tableau analogue au tableau actuel. Bonne conservation du fond mental ; adaptation à l'interrogatoire, effort introspectif. Dépression, tristesse, menaces à l'entourage, aux voisins, à une voisine qu'il rend responsable de pollutions nocturnes. Délire peu systématisé. Dépersonnalisation ; il n'est qu'un figurant ; sentiments d'automatisme et d'influence. Troubles du sommeil ; rêves érotiques provoqués ; conversations et interrogatoires nocturnes (« journal parlé »). Troubles de la sensibilité générale dont certains sont en rapport avec des phénomènes d'inhibition et d'excitation de la parole. Somnolences qu'il croit provoquées.

Phénomènes visuels divers : visages d'hommes et de femmes, nuages de lait, « coup de poing rétinien ». Inhibition du travail professionnel : surveillance et commentaires des actes ; pensées étrangères, pensées intempestives. Paroles irritatives, faible-

ment sonores, intérieures, lointaines, presque imperceptibles. Phrases stéréotypées : « T'es plus mariole que lui. » On lui parle en un langage précieux, mitigé, ayant plusieurs significations, qu'il ne comprend pas. Récurrence de romances, d'airs musicaux.

Sentiment d'inhibition de la parole propre : parole automatique, dépersonnalisée, incoercible : « Je suis ce que l'on nomme un « Robot » ou automate. Ce ne sont pas mes idées exactes ; ce n'est pas moi... Je sens que ce n'est pas moi-même qui parle. Il m'arrive de soliloquer, chantonner, faire des phrases. Ce n'est pas moi, ou alors je suis transformé. » Broderies forcées sur mots éjaculatoires fortuits : « un mot va sortir précipitamment de ma gorge, et là-dessus, il y a broderie. C'est moi et ce n'est pas moi. Je suis forcé de fouiller dans mes souvenirs pour exposer tout ce que je connaîtrais sur ce mot-là par exemple ». Inhibition de la parole : « Une personne me cause. Il y a impossibilité de lui parler immédiatement, le cerveau n'agit plus. La langue remuera toute seule, une conversation peut être retenue en faisant bouillonner ce liquide. » Construction anticipée de phrases, qu'il répète, phrases trop vulgaires ou trop fortes pour lui. Paresthésies en rapport avec la parole involontaire : *a*) épigastriques : « la conversation peut se faire, moi ayant la bouche fermée. Je sens un courant sur le diaphragme. Si c'est un air musical, ça vient aussi bien à l'estomac. Je sens que la parole vient ici. Je suis un ventriloque par instants » ; *b*) laryngées : « j'entendais ce qui vient de la gorge, ça fait comme un petit bouillonnement. Je peux ainsi percevoir une conversation » ; *c*) Linguales : « certaines fois, j'ai senti comme un courant électrique qui me passait dans la bouche et qui me laissait un goût de cuivre sur la langue ». Mots. phrases courtes et itératives greffées sur les bruits extérieurs (froissements de papiers, rotation des boutons de porte, bruit du robinet) ; explication par l'interférence, la synchronisation : « un son, si un autre son le rencontre, peut-être peut-on envoyer quelques mots au même moment ».

En résumé, il s'agit d'un homme de 40 ans, présentant un syndrome d'influence qui ne paraît pas avoir beaucoup évolué depuis 4 ans et que l'on peut rattacher à une psychose paranoïde.

L'état mental du malade contraste sous certains aspects avec celui de la malade de l'observation précédente. L'homme paraît un peu déprimé, triste ; il est adapté à l'interrogatoire, ne présente pas de fuite des idées ; il se montre capable d'auto-analyse. A l'asile, c'est surtout la nuit qu'il hallucine. Mais en liberté, il était plus agité, avait des réactions coléreuses et menaçantes à l'égard de son entourage et des voisins qu'il accusait de le persécuter ; son activité professionnelle était très réduite, son activité sexuelle nulle. Tous ces traits paraissent prouver un affaiblissement léger mais fondamental.

Au point de vue du langage, ses réponses sont adaptées et précises. Il s'exprime avec une légère recherche, et à l'aide de mots rares, savants, souvent détournés de leur sens, ou de néologismes assez nombreux. Nous en relevons quelques-uns dans l'observation complète : mouvement de pendule électromagnétique qui fait vibrer ses nerfs ; coup de poing rétinien ; transe ; Robot, Bonhomme Martin dans le sens d'automate ; ouvrier ; cerveau « météorisé, galvanisé » ; vidange électrique ; endosmose (= sommeil provoqué). Lui-même se plaint qu'on lui parle un langage « mitigé d'argot et de métèque, un langage précieux, mitigé, ayant plusieurs significations, qu'il ne comprend pas ». Son langage présente donc, tout en restant cohérent, d'indiscutables traits schizophasiques.

Si l'on essaye de classer les phénomènes verbaux selon leur degré d'appartenance, on peut distinguer :

1° Des paroles que le malade s'attribue, sans hésitation, par exemple les réponses qu'il nous fait ;

2° Des paroles qu'il ne nie pas avoir prononcées et qu'il n'attribue pas à un autre, mais qui lui échappent involontairement, qui sont automatiques, incoercibles ;

3° Des paroles qui n'ont plus le caractère d'appartenance et de spécificité personnelles, qui sont « dépersonnalisées » ;

4° Des paroles imposées ;

5° Des paroles qui d'emblée lui apparaissent comme étrangères, comme des paroles entendues.

Les impulsions verbales proprement dites n'apparaissent qu'épisodiquement, à la faveur d'une recrudescence d'agitation. L'acousticité est presque complètement abandonnée : « c'est imperceptible, presque imperceptible, c'est dans la tête » ; dans ce cas comme dans le précédent, le malade a des illusions visuelles, il perçoit des paroles dans les bruits extérieurs et dans les sensations issues du territoire de la parole.

Nous arrivons au point qui est le but de cette discussion. Ce cas est particulièrement favorable à l'étude des données sensibles intérieures au territoire de la parole, parce que, d'une part, ces données sont décrites aux trois étages diaphragmatique, glottique, et buccal, à cause, d'autre part, de l'adaptation du malade à l'interrogatoire et de son aptitude à l'introspection. Or, de deux choses l'une : ou bien le malade parle intérieurement, ou il ne parle pas. S'il parle intérieurement, les sensations qu'il décrit peuvent être en rapport avec la parole, mais, loin d'être la source des hallucinations, elles n'en représentent qu'une dérivation. Ou bien le malade ne parle pas et ses impressions sensibles sont primitives ; elles ne soutiennent alors aucun rapport interne et fonctionnel avec un contenu idéo-verbal défini ; elles sont très diffuses et confuses : un courant sur le diaphragme, un bouillonnement dans la gorge, un courant électrique et un goût de cuivre sur la langue ; elles ne sont pas plus éloquentes que les impressions issues des mains, des pieds, des viscères, du revêtement cutané. Comme celles-ci elles ne font que traduire la tendance du malade à accrocher sa parole aliénée à des données spatiales, ou plutôt, à tout percevoir sous la forme de paroles étrangères.

L'illusion des amputés, qui a servi de modèle à l'hallucination kinesthésique verbale, ne paraît pas non plus pouvoir

se passer de données mnésiques qui déplacent celles, plus confuses et diffuses, de la conscience immédiate. Le débat entre l'empirisme et le nativisme est tranché par une observation de Head (35). Dans *Aphasia*, cet auteur relate l'observation d'un blessé de guerre qui, à la suite d'une fracture comminutive du coude et d'une section complète du nerf cubital, présentait les signes moteurs et sensitifs d'une paralysie cubitale ; seul le petit doigt était privé de toute sensibilité superficielle et profonde ; il semblait au blessé que c'était un corps mort attaché à la main. Après l'amputation du bras au tiers inférieur, la « main fantôme » qui apparut n'avait que quatre doigts. Supposons que l'on ait alors procédé à l'anesthésie du moignon : nous savons par expérience que la main à quatre doigts elle-même eût disparu pendant la durée de l'anesthésie, par suppression des données de la conscience immédiate. Mais celles-ci ne sont pas tout, puisqu'après l'amputation de la main réelle, le petit doigt resta définitivement absent de la conscience : c'est que, pendant les cinq mois d'insensibilité, les schèmes associés au petit doigt, n'étant plus renforcés par les sensations périphériques, s'étaient graduellement éteints.

Enfin, pour revenir au parleur normal dont nous avons, en commençant, analysé les sensations, ce n'est pas d'elles que dépend le sentiment d'appartenance au moi et de spécificité personnelle qu'il a de sa parole propre ; elles accompagnent également des paroles inégalement personnelles ; elles semblent manquer à la parole intérieure qui pourtant, elle aussi, est perçue comme personnelle. C'est que le sentiment d'appartenance de la pensée, de la parole et de l'action dépend de la vigilance de la conscience qui y préside, et non des sensations périphériques qui en sont la conséquence. Celles-ci ne créent pas le sentiment d'appartenance, elles lui donnent une détermination. De même, intérieures ou exté-

rieures au territoire de la parole, intéroceptives, proprioceptives ou extéroceptives, les données sensibles que nous avons vues associées à des paroles étrangères ou imposées ne créent pas le sentiment d'aliénation de la parole propre : elles l'illustrent, elles le concrétisent, elles lui donnent une détermination spatiale.

IV. — LA PSEUDO-HALLUCINATION MOTRICE VERBALE

La pseudo-hallucination motrice verbale ne fait pas partie de la triade fondamentale des hallucinations psycho-motrices verbales. Elle est apparue plus tard, comme un complément et un perfectionnement de la théorie initiale, et il faut, pour en acquérir une notion précise, se reporter à des travaux de 1900 et de 1903. (Ségla, 74, 76.)

En premier lieu, c'est une pseudo-hallucination, ce qui la différencie des hallucinations et des images du même ordre. Elle ne comporte pas, comme l'hallucination kinesthésique, des sensations de mouvement dans le territoire de la parole, ni, comme l'hallucination motrice verbale, un commencement d'articulation ; pour être une hallucination motrice, il lui manque un élément musculaire, moteur ou sensitif, l'excentricité, en un mot l'objectivité spatiale ou somatique ; elle n'a que l'objectivité psychique, par rapport au moi et non par rapport au corps. Cet autre caractère la distinguerait des « images motrices » normales et de l'hyperendophasie, qui n'auraient, d'autre part, ni son intensité ni sa précision.

En second lieu, elle est motrice, l'absence d'auditivité la distingue des pseudo-hallucinations auditives. A la vérité, la preuve directe de sa motricité reste faible. Ségla admet que le phénomène moteur peut exister sans que l'état mental du sujet permette de le déceler, ou bien il reste à l'état faible de représentation mentale, associée ou non à des éléments

auditifs, sans aller jusqu'à l'hallucination vraie. Le malade ne reconnaît pas comme sienne cette conversation mentale, dont les éléments ne diffèrent cependant de l'imagerie mentale que par leur intensité et leur précision.

Ceux-ci peuvent être aussi bien auditifs que moteurs ; toutefois il semble à Ségla que la part principale revienne à l'image motrice. Si l'on songe que les hallucinations psychiques verbales de Baillarger se répartissent entre les hallucinations psycho-motrices verbales et les pseudo-hallucinations verbales, on voit que Ségla n'est pas très éloigné de considérer toutes les hallucinations psychiques, ainsi qu'au début de sa carrière, comme des hallucinations motrices verbales.

Au point de vue clinique et théorique, Ségla ne s'est jamais clairement expliqué en ce qui concerne les pseudo-hallucinations motrices verbales : à notre connaissance il n'en a pas publié expressément d'exemples. Quant au mécanisme, il semble que, dans l'esprit de sa doctrine, on pourrait le ramener à la mise en jeu de sentiments d'innervation sans images kinesthésiques. Ce serait le premier et le plus léger degré des hallucinations motrices verbales.

Ce qui n'est pas sans jeter quelque trouble dans la clarté de la doctrine. Si la pseudo-hallucination est plus distincte et précise que l'image, comment la motricité patente dans l'image peut-elle devenir aussi discrète dans la pseudo-hallucination ? Évidemment, l'état mental des malades est là pour expliquer les insuffisances de leur témoignage et les hardiesses physiopathologiques. La clef de ces difficultés est dans l'impossibilité de se détacher des images verbales, auditives, motrices ou auditivo-motrices, et de concevoir l'activité verbale sous d'autres espèces que sensibles. La thèse de Petit sur les auto-représentations aperceptives a fait franchir à ces questions une étape décisive, tout en restant une œuvre

de transition, prudente par rapport à une doctrine qui paraissait encore établie et classique (63).

Sous le nom de représentations automatiques aperceptives et exogènes, ou, plus brièvement, d'auto-représentations aperceptives, Georges Petit décrit des phénomènes présentant trois caractères essentiels : 1° ils sont automatiques ; 2° ils sont immédiats ou aperceptifs, c'est-à-dire dépourvus de toute donnée sensorielle, motrice ou cénesthésique, s'interposant entre le monde extérieur et la conscience du malade ; 3° ils sont considérés par le malade comme des créations exogènes, étrangères à leur moi. Parmi les groupes de phénomènes présentant ces caractères, le second porte uniquement sur des idées formulées verbalement, auxquelles le sujet attribue également une origine indépendante de sa personnalité psychique, sans qu'il accuse cependant l'existence simultanée d'un élément moteur, périphérique ou central, non décelable d'autre part par l'examen clinique.

En résumé, le sens de la doctrine paraît aussi clair que possible : il existe des phénomènes d'automatisme verbal que le sujet n'objective que par rapport à son moi, et qui ne comportent aucun élément sensoriel, moteur, ou sensitivo-moteur. L'imagerie verbale est abandonnée, au moins partiellement. Petit était d'ailleurs au courant, comme sa thèse en témoigne, des travaux français et allemands sur la pensée sans images.

Sa position par rapport à la doctrine de Ségla's atténue ce qu'une telle démarche avait de décisif. Petit l'aborde à propos du diagnostic différentiel entre les hallucinations motrices verbales et les auto-représentations motrices verbales. Ce diagnostic lui paraît plus théorique que pratique, à cause de la difficulté de préciser la nature de la parole intérieure, difficulté déjà grande pour les initiés, et a fortiori, pour les malades. D'autre part, au point de vue théorique, le rôle

de l'élément moteur a été exagéré ; l'image motrice verbale d'articulation est discutée par certains auteurs et les actes moteurs articulaires leur paraissent le fait d'habitudes motrices ne comportant aucun souvenir conscient, aucune image motrice verbale consciente. Malgré ces difficultés, Petit fait crédit à Ségla : « ce n'est certainement pas sans de longues observations préalables que Ségla a décrit les pseudo-hallucinations verbales » (p. 59) ; d'autre part, certains malades se montrent capables de la distinction en cause ; nous y reviendrons. La conclusion de Petit est la suivante : « ...le fait que le sujet n'a pas d'impulsion verbale (consciente ou inconsciente), ne localise pas objectivement, excentriquement, ou à la périphérie son « inspiration », ou ses « suggestions » et qu'il affirme, d'autre part, qu'il « ne sent pas parler en lui » autorise, croyons-nous, en l'absence de tout autre mode d'hallucination verbale, à porter le diagnostic de *pseudo-hallucination verbale* ou d'*auto-représentation aperceptive* ? » Remarquons que l'auteur ne dit pas pseudo-hallucination *motrice* verbale : n'était-ce pas éliminer toute motricité de pseudo-hallucinations verbales non auditives, au moins du point de vue clinique, puisque, du point de vue théorique, un automatisme moteur extra-conscient peut intervenir ?

Nous n'avons pas trouvé d'exemple plus sûr et moins contestable que celui auquel se réfère G. Petit lui-même dans cette discussion. Nous l'empruntons à l'observation I de sa thèse : « L... communique avec moi par la *parole mentale*. Il me fait penser des phrases malgré moi... Ce ne sont pas des phrases que j'entends... Je les sens se formuler dans mon cerveau... Je n'entends pas le son de sa voix, ni le timbre, mais je fais la différence entre sa cérébralité et la mienne. Je n'ai jamais eu la sensation qu'Il parlait par ma bouche... Cela passe toujours par mon cerveau... Parfois, quand je veux parler, Il fait une pression sur mon cerveau, je reste

muette, je ne trouve plus mes mots, ou bien Il me fait parler à côté de la question, en embrouillant mes phrases et en me suggérant des mots inopportuns. D'autres fois, *Il me donne par impression la suggestion de la pensée...* Je sens comme une force qui pèse sur mon cerveau et il m'envoie ses idées par impression... C'est comparable à une lecture que l'on ferait, mais les idées de la suggestion au lieu d'être lues me sont envoyées directement par la transmission de pensée (c'est seulement dans les rêves qu'il m'envoie la nuit qu'Il me donne des sensatons auditives). Je ne l'entends pas, je le perçois mentalement. Imaginez un téléphone sans son... supposez qu'on lit... c'est comme une lecture sans livre, un langage sans paroles et sans bruit... Il me parle pour ainsi dire sans paroles... C'est le propre de la suggestion » (p. 36-37).

Nous extrayons du commentaire de G. Petit ce qui concerne le passage cité : « Il nous paraît impossible de nier chez Mlle C. l'existence d'hallucinations verbales motrices, simples ou combinées, que la malade désigne sous la dénomination de *parole mentale* ; mais à côté de ces hallucinations véritables existent aussi, à notre avis, des *pseudo-hallucinations* verbales où l'élément moteur verbal n'occupe qu'un rôle très effacé ou inappréciable par le sujet ; la malade distingue ces phénomènes des précédents en disant que son hypnotiseur communique avec elle en lui donnant par impression la suggestion de la pensée. »

Il nous semble que l'on peut distinguer trois ordres de faits :

1^o La parole mentale. Pour Petit, il s'agit d'hallucinations motrices verbales. En effet, la malade met en évidence un aspect impulsif : « Il me fait penser des phrases malgré moi » (p. 36), mais ne localise pas à la périphérie ; elle déclare explicitement qu'elle n'a jamais eu la sensation que son persécuteur lui parlait dans la bouche ; ainsi, en se reportant aux données

théoriques qui caractérisent l'hallucination motrice vraie, d'après Petit lui-même, la parole mentale ici décrite ne nous paraît pas une hallucination motrice. Séglas n'aurait pas hésité à faire le diagnostic de pseudo-hallucination motrice verbale. Mais, pour Petit, ces caractères jurent : une pseudo-hallucination est aperceptive. En fait, il n'y a aucune raison clinique de considérer cette parole mentale comme de nature motrice, bien qu'elle puisse être conditionnée par un automatisme moteur extra-conscient. L'apparence de motricité provient des deux faits suivants : 1) le sujet collabore activement, bien que malgré lui, à la réalisation de cette parole mentale ; 2) la construction de phrases est mise au premier plan. On est tenté d'y voir quelque chose de plus moteur que l'évocation de mots ou de phonèmes. Cependant, nous avons déjà souligné que le système formel du langage, si automatisé soit-il, ne se ramène pas à des automatismes moteurs, mais à des habitudes intellectuelles et à du savoir verbal. A un point de vue strictement phénoménologique, on est en présence de paroles imposées pensées ;

2° Les lignes suivantes mettent en cause l'automatisme moteur verbal. La malade décrit : 1) des phénomènes négatifs d'inhibition de la parole attribués à une « pression sur le cerveau » ; 2) des phénomènes mixtes, à la fois positifs et négatifs : on l'empêche de dire ce qu'elle veut et on lui fait dire autre chose ; 3) ailleurs l'observation rapporte des phénomènes positifs : la nuit, la malade se lève, en proie à une vive agitation, « prononce des mots grossiers d'une voix masculine et fait des gestes obscènes comme un homme » (p. 33) ;

3° La suggestion de la pensée. Il ne semble pas qu'il s'agisse toujours de phénomènes verbaux : la malade parle de langage sans paroles, dit qu'on lui parle sans parole. Pour autant que cette suggestion, cette pensée sont parlées, elles sont dépourvues d'acousticité, sauf la nuit. La malade

localise l'action extérieure à la périphérie : « Je sens, dit-elle, une force qui pèse sur mon cerveau, et Il m'envoie ses idées par impression » ; mais ces données esthétiques extérieures au phénomène verbal n'en altèrent pas le caractère purement mental. Enfin, il n'y a pas apparence de motricité, parce que les paroles suggérées, bien que peut-être conditionnées par l'automatisme verbal extra-conscient, se manifestent non sous l'aspect de paroles imposées, mais sous celui de paroles étrangères pensées. En résumé, il s'agit bien ici d'hallucinations verbales aperceptives, c'est-à-dire sans élément sensoriel, sensitif, ou moteur.

Le véritable sens de la thèse de Petit était donc d'éliminer la pseudo-hallucination motrice verbale, comme aussi la pseudo-hallucination auditive verbale, parce que, au fond, il y a une contradiction entre le caractère pseudo-hallucinatoire d'une part et, d'autre part, la sensorialité ou la motricité. L'auto-représentation aperceptive verbale de Petit est un événement essentiellement intellectuel et représente, pensons-nous, un concept différent de la pseudo-hallucination verbale de Ségla. Celui-ci en effet, n'a pas pu se détacher de la théorie des images verbales et, en 1914, il admet encore que la pseudo-hallucination peut intéresser la fonction langage dans tous ses éléments auditifs, visuels, kinesthésiques, ou en combinaison variable ; mais la proportion des pseudo-hallucinations verbales motrices et auditives s'est inversée au profit de la forme auditive simple, ou en combinaison avec des éléments kinesthésiques pouvant aller jusqu'à l'articulation silencieuse. Ceillier n'a fait que consacrer l'abandon de la pseudo-hallucination motrice verbale : dans ses travaux, il n'est plus question que d'hallucinations psychiques de l'ouïe que peuvent prolonger des mouvements d'articulation (7 et 8).

L'image auditive a pour elle d'être une donnée du sens commun. Mais le débat n'est pas entre l'image auditive et

l'image motrice : il est entre deux conceptions de la pensée et du langage. La première les conçoit en termes sensori-moteurs, la seconde comme *une* activité et *un* mouvement. Dans cette perspective, la parole intérieure reste un acte verbal, mais un acte verbal silencieux, dont les images sensorielles, sensitives ou motrices, bien loin d'en constituer la matière, ne sont qu'une dérivation. Si même des extériorisations motrices accompagnent toujours, dans le territoire de la parole et en dehors de ce territoire, le cours de la pensée et du monologue intérieur, ceux-ci ne sauraient y être réduits, dans une psychologie concrète et vraiment scientifique.

V. — LES HALLUCINATIONS PSYCHO-MOTRICES GRAPHIQUES

La définition et la classification que donne Ségla's des hallucinations psycho-motrices graphiques sont deux fois schématiques, étant l'application d'une part de la théorie classique de centre moteur graphique (Exner, 1881) et de l'image motrice graphique, d'autre part des idées propres à Ségla's sur la nature et la classification des hallucinations motrices verbales orales.

En toute rigueur, pour qu'il y ait hallucination psycho-motrice graphique, il faut qu'un sujet lettré ait, à l'état de veille, l'impression d'écrire des mots définis, alors qu'il est tout à fait immobile, de même que l'halluciné moteur verbal idéal est celui qui croit prononcer ou avoir prononcé des paroles définies, alors qu'il est demeuré silencieux. La rigueur avec laquelle Ségla's définit les hallucinations graphiques n'est pas inférieure à cette exigence : « Par suite de l'éréthisme du centre cortical spécial où elle (c'est-à-dire l'image graphique motrice) se trouve localisée, le malade a la *perception exacte d'un mot* à l'aide de représentations de mouvements adaptés

à l'écriture, qu'il accomplirait réellement s'il écrivait le mot. » (71, p. 247.)

Ce sont là les hallucinations kinesthésiques graphiques proprement dites. Ségla fait ensuite une division homologue de la classification des hallucinations psycho-motrices verbales orales ; à côté de formes akinétiques, il distingue les formes kinétiques¹, les hallucinations motrices graphiques, avec ébauche des mouvements, et les impulsions graphiques. Enfin, de l'écriture involontaire consciente, il distingue l'écriture involontaire et inconsciente.

La théorie est donc suspendue à l'existence des images motrices graphiques. Or il n'y a pas d'image motrice graphique d'un mot si l'on entend par là l'évocation mentale d'un mot défini à l'aide de « représentations de mouvements adaptés de l'écriture ». La pensée verbale est faite non de mots mais de propositions, et ce fait accroît encore l'écart qu'il y a entre le « tempo » de l'acte verbal et celui de l'écriture. « L'écriture intérieure », pour autant qu'on l'imagine, est infiniment plus laborieuse et lente que l'écriture actuelle, de même que l'articulation intérieure est plus lente que l'articulation actuelle² : la pensée verbale concrète avance par étages, l'écriture par marches. Et surtout, jamais nous ne pensons avec l'image de nos mouvements graphiques³ ; l'écriture, en dehors de quelques exceptions sur lesquelles nous reviendrons, est une dictée que l'on se fait à soi-même, et cette dictée se fait avec un tout autre matériel que l'évocation mentale des mouvements de l'écriture.

L'hallucination kinesthésique graphique, si elle existe,

1. Les termes « kinétique » et « akinétique » ne sont pas employés par Ségla.

2. Ce qui n'empêche pas la parole intérieure d'être rapide, précisément dans la mesure où elle n'est pas une articulation intérieure.

3. Pas plus qu'avec l'image des mouvements de la parole.

doit être bien rare. Nous n'en connaissons que peu d'exemples, et des plus discutables. En voici un, que nous empruntons à Ségla^s lui-même (71, p. 246.) Il s'agit d'une femme de 40 ans, qui avait présenté de l'agoraphobie et était très émotive. Cette malade souffrait « d'hallucinations obsédantes », auditives, visuelles, tactiles, les unes communes, les autres verbales ; elle était tout à fait consciente de ses hallucinations, tant entendues que vues et parlées, qu'accompagnait un sentiment d'angoisse¹. Ségla^s eut l'occasion d'observer chez elle, au cours de sa consultation, « une hallucination verbale motrice graphique » : pendant qu'il lui parlait, elle porta tout à coup la main droite sur la région du cœur, devint toute rouge et se mit à trembler, symptômes qui accompagnaient ordinairement ses hallucinations. Elle expliqua qu'elle avait eu tout à coup l'idée² de prendre un porte-plume qui se trouvait sur le bureau ; elle ne l'avait pas fait, mais avait senti « *comme si sa main marchait et écrivait la réponse qu'elle voulait faire* ». « Pour interpréter ce fait particulier, commente Ségla^s, n'est-il pas rationnel de supposer que la pensée de la malade a pu prendre corps surtout au moyen des images graphiques qui, dans ce cas, acquièrent une intensité suffisante pour provoquer la perception des mouvements nécessaires pour tracer les signes graphiques, qui sont la traduction matérielle de la pensée ? »

En réalité, la malade n'a, à aucun moment, la conviction qu'elle écrit ou qu'elle a écrit sa réponse. Sa formule n'est présentée par elle que comme une approximation : « elle a senti, *comme si* sa main marchait et écrivait la réponse qu'elle voulait faire ». Elle paraît traduire non la croyance

1. On retrouve ici la confusion entre l'hallucination et la représentation mentale forte et vive, conséquence nécessaire de la théorie qui explique l'hallucination par l'intensification de l'image.

2. Souligné par nous.

qu'elle a fait ou fait l'action d'écrire, mais le sentiment de l'imminence, de l'inéluctabilité d'une action à laquelle elle arrive cependant à se soustraire. Elle se représente l'action d'écrire en général, plutôt que des mouvements définis destinés à écrire une phrase définie. Cette représentation très vive de l'acte d'écrire, s'est vraisemblablement accompagnée de mouvements ébauchés ou naissants ; si l'on admet ce point, il s'agit moins d'une hallucination kinesthésique que d'une impulsion graphique recevant un commencement d'exécution, d'une « hallucination motrice graphique ». L'agitation anxieuse de la malade, sa rougeur, son tremblement, rapprochés de son passé d'obsédée et de phobique, accusent le caractère impulsif du phénomène aux dépens des caractères hallucinatoires ; la malade reste lucide, sait qu'elle n'a pas écrit, n'attribue pas son impulsion à une influence étrangère. Si Séglas a cité ce fait comme une hallucination, c'est en vertu de sa théorie de l'hallucination qui en fait une image très vive et qui, dans un autre domaine, lui fait décrire comme des hallucinations conscientes les obsessions-impulsions onomato-maniaques. En fait d'hallucinations kinesthésiques graphiques simples, tout ce que les malades peuvent éprouver paraît se réduire à des sensations digitales, manuelles, brachiales assez confuses, auxquelles ils assignent la valeur d'une sollicitation à écrire. Mentale ou sensitive, l'hallucination psycho-motrice graphique est tout au plus une anticipation impérieuse de l'action ; le sujet pense l'acte d'écrire en général plutôt que des mouvements différenciés, et associe ces données globales à un contenu idéo-verbal plus ou moins précis.

L'hallucination motrice graphique se caractérise par l'ébauche des mouvements de l'écriture et correspond à des faits cliniques réels. Tantôt il s'agit de sujets percevant des paroles étrangères qu'ils se sentent poussés à écrire, tantôt il s'agit de sujets chez lesquels un certain degré d'éréthisme moteur

paraît primitif ; ils l'interprètent comme une invitation à l'écriture. Cet éréthisme graphique larvé s'observe le plus souvent à l'origine d'impulsions graphiques caractérisées. La conscience que le sujet prend du phénomène initial l'incite à l'entretenir et à l'exagérer. Mais il peut également s'observer à leur décours : dans le cas de Margulies, le sujet qui a présenté des impulsions graphiques après que son confesseur lui a interdit de continuer, voit apparaître des mouvements involontaires de sa main droite ; il a le sentiment d'écrire, se rend compte du contenu de ce qu'il écrit : ce sont ses propres pensées, ou des pensées étrangères, parfois des ordres ; il perçoit les paroles par les mouvements correspondants de la main (55).

Quant aux impulsions graphiques, elles se réduisent, en ce qu'elles ont de spécifique, à des sensations locales et à des modifications de l'écriture. Le sujet a le sentiment que sa main est guidée, ou gênée, dans le cas d'inhibition de l'écriture. D'autres impressions sont plus vagues et sans rapport avec l'écriture : tel éprouve, par exemple, la sensation d'un fluide froid. Les modifications de l'écriture traduisant le plus souvent des phénomènes de facilitation ou d'inhibition, qui sont fréquents chez le sujet normal, pour cet automatisme éminemment complexe et fragile. Plus fantaisistes, elles traduisent de toute évidence l'activité imaginative ou ludique du sujet, qui vit la situation à la façon d'un bon acteur. Pour tout le reste, l'impulsion graphique n'est que la projection graphique de l'automatisme idéo-verbal ou verbal ; elle consiste à écrire ce que dictent les hallucinations, souvent parlées, moins parce que la motricité graphique est physiologiquement coordonnée à la motricité orale que parce que la réalisation motrice traduit, dans les deux cas, le même état d'excitation et de dissociation auquel se ramène l'inspiration. Rien n'est en effet moins inspiré, au sens laudatif de ce terme, que ces

écrits prétendus inspirés. On ne peut que s'associer aux conclusions par lesquelles Lévy-Valensi, Migault et Lacan terminent une belle étude d'un cas de « schizographie » : « C'est quand la pensée est courte et pauvre, que le phénomène automatique la supplée. Il est senti comme extérieur parce que suppléant à un déficit de la pensée. Il est jugé comme valable, parce qu'appelé par une émotion sthénique » (49 bis).

L'écriture involontaire et inconsciente serait plus autonome. Elle correspond à ce que l'on appelle, chez les médiums, l'écriture mécanique. Les médiums mécaniques écriraient sans savoir ce qu'ils écrivent et n'en prendraient connaissance qu'en se lisant après coup ; ils se distinguent des médiums auditifs ou intuitifs qui d'abord entendent ou reçoivent dans leur pensée ce qu'ils écrivent. Le graphisme, dans le cas d'écriture automatique, est souvent gauche, embarrassé, indéchiffrable, parfois en miroir. L'activation graphique comporte diverses phases : saisie inconsciente du crayon, prise de l'attitude nécessaire pour écrire, répétition des mouvements passifs, apparition de mouvements spontanés. Souvent, interviennent des phénomènes de persévération, répétition de lettres, de mots ou de syllabes, qui constituent le « bégaiement de l'écriture ». L'activité du sujet se traduit par l'écriture de mots commençant par la lettre écrite passivement, de phrases commençant par le mot, le sujet corrige même les fautes d'orthographe ; l'écriture automatique, parfois, exprime son état de conscience dominant.

Des faits d'écriture automatique, nous laisserons de côté ceux qui ont été décrits chez des médiums ou des hystériques pour nous attacher aux faits observés chez les comitiaux et au cours des psychoses.

Chez les comitiaux, les faits d'écriture automatique échappent à toute critique. Ils se produisent lorsque l'absence surprend le malade pendant l'acte d'écrire. Chez quelques

sujets, réputés hystériques, le « bégaiement de l'écriture » semble devoir être rapproché de la paligraphie comitiale dont Trenel (91), Souques (84) ont publié de beaux exemples. La dysgraphie traduit, elle aussi, le trouble profond de la conscience, au cours duquel l'action commencée se continue, fixant à la place de la mémoire défaillante les actions incoercibles et parfois les aveux du sujet. Dans ce dernier cas et dans les cas analogues, lorsque l'écriture automatique fixe un contenu idéo-verbal, le trouble de la conscience est vraisemblablement moins profond que lors des itérations purement mécaniques.

L'inconscience de l'écriture inspirée au cours des syndromes d'influence paraît au contraire beaucoup plus douteuse. Les faits observés, d'ailleurs rares, se ramènent à ce que le malade ne prendrait connaissance de ses écrits qu'après coup et en se relisant ; parfois même les signes ne peuvent être lus, c'est-à-dire traduits en phonèmes, ou ne constituent qu'un texte incompréhensible du malade lui-même. Mais aucun des caractères invoqués ne suffit pour établir que l'écriture soit ici autre chose que la traduction d'une activité verbale ou idéo-verbale qui ne peut être que consciente, si automatique soit-elle. L'incohérence peut d'ailleurs s'éclaircir, si l'interrogatoire du sujet suit d'assez près la production de l'écrit. Enfin, l'allégation d'inspiration, ici encore, est en rapport avec l'automatisme et l'état émotionnel le plus souvent sthénique.

L'étude à laquelle nous venons de procéder montre qu'il est impossible d'isoler, dans la conscience morbide des phénomènes élémentaires psycho-sensoriels ou psycho-moteurs correspondant à ce que Ségla's entend par hallucinations motrices graphiques. Si l'on procède à une analyse concrète, on se trouve en présence de dispositions analogues à celles qui caractérisent les hallucinations parlées et que l'étude des

impulsions verbales hallucinatoires, en particulier, met bien en lumière : le malade tend à nier le rôle de son activité propre dans la genèse de ses écrits ; il ne reconnaît pas sa pensée, son langage, son écriture ; il impute ses écrits à une inspiration étrangère, qu'il tend souvent à concrétiser et à spatialiser à la faveur des impressions sensibles issues de sa main et de son bras. Ces dispositions se développent à la faveur d'un état mental spécial, fait d'affaiblissement prédémentiel et d'excitation, qui lui donne la conviction de l'origine extérieure et de la valeur de ses écrits.

CONCLUSIONS

L'examen des formes symptomatiques des hallucinations psycho-motrices verbales nous permet de répondre aux deux questions que nous avons posées au début de ce chapitre. L'analyse de la conscience morbide ne nous a révélé aucun phénomène psycho-moteur verbal élémentaire, oral ou graphique, traduisant un processus sensitivo ou sensori-moteur. Intrinsèquement, la parole n'est pas différente, chez ces malades, de ce qu'elle est chez le sujet normal. Si l'on se place à un point de vue strictement phénoménologique, c'est-à-dire si l'on s'efforce d'établir ce qu'éprouve le sujet parlant, on est ramené à distinguer deux ordres de faits : 1^o il y a des malades qui déclarent percevoir des paroles étrangères, et dont les uns parlent les voix qu'ils disent entendre, méconnaissant leur propre parole, dont les autres, invoquant des voix intérieures, déclarent percevoir des paroles dans les mouvements de leurs organes ou les sensations qui en sont issues, à l'intérieur ou à l'extérieur de l'appareil de la parole ; 2^o des sujets qui se plaignent de ce qu'on les force à parler, par pensée ou par action.

En dehors d'une constatation objective, ou d'un témoi-

gnage précis, on n'est pas autorisé à affirmer la nature motrice de paroles étrangères ou imposées pensées ou senties par un malade. Toute détermination sensitive ou sensorielle peut manquer au contenu idéo-verbal qui les déborde toujours infiniment lorsqu'elles l'accompagnent. Les impressions sensibles concomitantes, confuses ou extérieures au territoire de la parole, ne peuvent être considérées comme le phénomène radical ; le contenu idéo-verbal peut même faire corps avec des mouvements qui sont intérieurs à ce territoire mais sont des mouvements quelconques.

Force est donc de chercher le caractère hallucinatoire en dehors de perturbations du mécanisme de la parole. Le caractère involontaire et incoercible des paroles étrangères ou imposées ne suffit pas à les distinguer. Ce qui les distingue des autres faits d'automatisme verbal, c'est la tendance des malades à nier leur parole propre, à la percevoir sous l'aspect d'une parole étrangère ou à la représenter comme le fait d'une action étrangère, qui s'exercerait sur leur personne morale et sur leur personne physique. La conscience de mouvements et de sensations ne crée pas le sentiment d'aliénation de la parole propre, pas plus que, chez le sujet parlant normal, elle ne crée le sentiment de son appartenance : à l'un comme à l'autre, elle ne fait qu'apporter une détermination.

CHAPITRE IV

FORMES SYMPTOMATIQUES ÉTIOLOGIQUES ET ÉVOLUTIVES DES HALLUCINATIONS PARLÉES

I. — FORMES SYMPTOMATIQUES

Toute hallucination verbale comporte une attitude réceptive par rapport à un contenu idéo-verbal ou verbal considéré par l'halluciné comme d'origine étrangère. Or, par rapport à des paroles, avoir une attitude réceptive, c'est entendre. Toute hallucination verbale est donc en un sens entendue, et l'on peut aller jusqu'à dire que toute hallucination verbale est auditive, si l'on veut bien ne désigner par là qu'une attitude réceptive, sans préjuger de la sensorialité, des caractères acoustiques des paroles entendues. Parmi les hallucinations verbales ainsi définies d'une façon très large, certaines peuvent être dites parlées, soit parce que le malade parle actuellement les paroles que, d'autre part, il dit entendre, soit parce qu'il a le sentiment qu'on le fait parler intérieurement, soit enfin parce qu'il parle actuellement et qu'il a le sentiment qu'on le fait parler. Ces situations diverses participent inégalement aux trois caractères de la parole aliénée, qui sont sa dépersonnalisation, son objectivation sociale intentionnelle, et son objectivation spatiale.

Par dépersonnalisation, il faut entendre la perte des caractères d'appartenance au moi.

A son plus léger degré, elle ne se traduit que par des modifications de la tonalité affective des événements psychiques ; c'est le sentiment de leur spécificité personnelle qui est altéré et diminué : le malade a l'impression qu'il agit et qu'il pense comme une machine, comme un automate. Pierre Janet a beaucoup insisté sur ces sentiments, proches du « sentiment du vide », qui se rencontrent plus souvent chez les psychasthéniques que chez les délirants ; ceux-ci, lors même qu'ils les expriment, dépassent généralement cette instance initiale ; franchissant le stade du sentiment intellectuel, ils accusent la contradiction des paroles émises avec leur volonté, leur pensée, leur langage, et leur parole même.

La perte de la maîtrise de la parole se traduit par des situations diverses : 1° des phénomènes négatifs : on les empêche de parler ; 2° des phénomènes positifs : on leur fait dire des choses qu'ils ne veulent pas dire ou qu'ils ne pensent pas ; 3° des phénomènes mixtes, à la fois positifs et négatifs : le malade ne peut pas dire ce qu'il veut, et dit autre chose. On peut envisager sous ce dernier aspect le phénomène de Stricker-Ségla, qui consiste simplement en l'impossibilité de dire deux choses à la fois : par exemple, le malade ne peut parler pour répondre au médecin, parce qu'il hallucine à voix haute ou basse ; inversement, la parole volontaire est un moyen de défense contre les hallucinations parlées.

La parole involontaire est exposée, en second lieu, comme étant en contradiction avec la pensée ou sans rapport avec elle. Sans doute il arrive que la parole imposée puisse exprimer, ainsi que l'écho de la pensée et les phénomènes satellites, une pensée reconnue comme personnelle. Mais plus souvent le contenu est considéré comme étranger à la pensée du malade : ce sont des informations, des accusations portées contre lui

ou contre des tiers, des conseils ou des ordres, des menaces et des défenses. On lui pose des questions auxquelles il doit répondre, ou lui-même pose des questions auxquelles on lui répond par sa propre bouche. Le contenu peut prendre une allure dogmatique : le malade s'étonne qu'on le fasse dissertar sur des matières qui, selon lui, sont en dehors de ses préoccupations et de ses connaissances ; il a le sentiment d'être l'objet d'une initiation (thèmes métaphysiques, philosophiques, religieux, éthiques, politiques, scientifiques, médicaux), bien qu'il s'agisse de souvenirs didactiques plus ou moins épars ou de notions récemment acquises, au cours d'une fièvre de lecture fréquemment observée. Souvent, le contenu de la parole forcée est nettement contraire aux tendances et aux intentions connues des malades ou avouées par eux : on les force à prononcer des grossièretés, à insulter ce qu'ils ont de plus cher et ce qu'ils respectent le plus ; ce type de contenu, si proche de celui des obsessions-impulsions, paraît particulièrement fréquent.

En troisième lieu, les malades ne reconnaissent pas leur langage habituel. Ils s'expriment dans des langues qu'ils ignorent, ils emploient des mots étrangers qu'ils ne comprennent pas, ou bien ils emploient les mots habituels, mais détournés de leur sens et agencés de façon bizarre.

Enfin, leur parole même ne leur semble plus être leur parole. Ils insistent avec complaisance sur les altérations du timbre, de la hauteur et de l'intensité de la voix, soit que celle-ci leur apparaisse comme étrange, soit plus souvent qu'ils réalisent, par une véritable impulsion, les altérations de la mimique vocale sur lesquelles ils étayent leur conviction.

Cette négation du caractère d'appartenance au moi est presque inséparable de l'affirmation que la parole émise est à quelque titre, par le mode de production, par le contenu, par le langage, par la voix, la parole d'un autre. Ainsi les

particularités que nous venons d'indiquer offrent toutes le double aspect, négatif et positif, de ne pas appartenir à l'influencé et d'appartenir à l'influenceur ; la parole est, au sens propre du terme, aliénée. Le caractère de non-appartenance au moi se rencontre avec le plus de pureté lorsque le malade considère que sa parole involontaire est le fruit d'un fonctionnement machinal et automatique. Mais ce fonctionnement lui-même est dans la grande majorité des cas attribué à une action personnelle étrangère à la personne.

L'objectivation sociale intentionnelle, formule de Pierre Janet (40), l'attribution de la parole à une « action extérieure », formule de Claude, représentent l'ins'ance caractéristique des hallucinations verbales, instance par laquelle les composantes de la dépersonnalisation apparaissent sous un aspect positif.

La forme grammaticale du langage concrétise la notion d'une ou plusieurs personnalités étrangères : c'est à la seconde personne que l'on parle au malade, ou à la troisième qu'on parle de lui. D'autre part, les personnalités invoquées ont une position par rapport au malade : l'hallucination s'élabore dans un champ psychologique polarisé, peuplé de forces dont aucune n'est indifférente. L'hostilité ou la faveur peuvent être manifestes. Dans d'autres cas, le sujet reste perplexe sur les motifs et les buts des actions qu'il subit, mais il les suppose toujours s'il ne les affirme pas. Le fait de la parole forcée, son contenu soit-il quelconque, ne peut pas ne pas susciter quelque inquiétude et quelque agacement dont le corrélatif est une action inquiétante et agaçante. Ces tonalités affectives réduites au minimum, il reste la position d'une intention étrangère qui explique ce que les intentions propres, connues et avouées, n'expliquent pas.

Enfin, les malades montrent une tendance remarquable à situer l'action étrangère non seulement dans un champ psychologique, mais dans un champ spatial. L'attitude audi-

tive inhérente à l'hallucination verbale est si forte qu'on les voit souvent localiser dans l'espace extérieur, proche ou lointain, leurs hallucinations parlées ; ils ont tendance à négliger leur activité orale, et vont parfois jusqu'à la nier ; les bruits extérieurs fournissent un repère plus aux hallucinations seulement entendues qu'aux hallucinations parlées ; on voit même, parfois, l'hallucination ne devenir parlée que lorsque le bruit extérieur fait défaut. (Quercy, 65 *bis*, II, p. 456.)

Concurremment à l'attitude auditive et à la localisation des voix dans l'espace extérieur, peut se manifester la localisation de l'action étrangère dans l'espace intérieur, soit, comme il est vraisemblable, à l'intérieur du territoire de la parole, soit à l'extérieur de ce territoire, et, dans ce dernier cas, souvent au niveau du cerveau, à la faveur de la céphalée. L'intention et la force étrangères peuvent agir soit sur la personne morale seule, soit sur la personne physique ; dans cette éventualité, soit de l'extérieur (idées d'influence), soit en s'installant à l'intérieur même de la personne (idées de possession), voire en s'identifiant à elle.

Les hallucinations parlées font donc partie d'un système délirant plus ou moins développé, mais dont on ne peut les séparer qu'artificiellement.

II. — LA FORME PSYCHO-MOTRICE DU DÉLIRE DE PERSÉCUTION

Dès 1887, Jules Cotard, un des premiers, opposait les délires de forme psycho-motrice aux délires de forme psychosensorielle (18).

En 1893, Séglas (72 *bis*) montrait que les hallucinations psycho-motrices verbales ne constituaient pas un symptôme psycho-moteur isolé, mais qu'elles faisaient partie d'un ensemble dont elles ne sont qu'un élément entre autres, et qui, ajoutons-nous, peut exister sans elles. Il remarquait qu'elles

survenaient surtout dans les délires de démonomanie ou de théomanie, et qu'elles s'y associaient à d'autres troubles constituant un tableau clinique particulier, et caractérisé :

1° Par la prédominance des troubles psycho-moteurs : hallucinations psycho-motrices verbales, impulsions, phénomènes d'arrêt ;

2° Par la fréquence des hallucinations visuelles ;

3° Par la rareté des hallucinations auditives verbales ;

4° Par le dédoublement de la personnalité plus marqué que chez les hallucinés de l'ouïe ;

5° Par des idées de possession souvent de caractère mystique ;

6° Par l'intensité des troubles viscéraux ;

7° Par l'apparition relativement précoce des hallucinations psycho-motrices verbales, d'apparition tardive dans la forme psycho-sensorielle du délire ;

8° Par de l'agitation motrice, de la lutte et de l'anxiété réactionnelle.

Ségas a ainsi fixé, d'une façon remarquable et presque définitive, les éléments cardinaux d'un tableau clinique qu'il appelle « la variété psycho-motrice du délire de persécution » pour l'opposer à la variété psycho-sensorielle. Mais il ne semble pas, au moins à l'époque à laquelle il opérait cette remarquable synthèse, lui avoir donné toute l'importance qu'elle paraît avoir pour l'interprétation des hallucinations psycho-motrices verbales. Son attention reste encore longtemps, dans les travaux ultérieurs, centrée sur le mécanisme de ces symptômes particuliers, qu'il considère comme des phénomènes psycho-moteurs élémentaires, de même que les hallucinations auditives lui apparaissent comme des phénomènes psycho-sensoriels élémentaires. C'est à leur nature qu'il attribue le dédoublement de la personnalité plus marqué que dans le cas d'hallucinations psycho-sensorielles : elles

s'adressent au sens musculaire, élément capital de la cénesthésie, donc de la personnalité. Or, si cette nature retentit sur les explications et la systématisation délirantes, il ne lui vient pas à l'esprit qu'elle pourrait être considérée non comme la cause mais comme l'expression de ce qu'il désigne sous le nom de « dédoublement de la personnalité ». De plus en plus, d'ailleurs, après 1900 et surtout 1910, Séglas s'est approché de cette conception ; de plus en plus, il lui est apparu que ce n'est pas la personnalité qui est dédoublée parce que le malade a des hallucinations psycho-motrices, mais que le malade a des hallucinations psycho-motrices parce que sa personnalité est dédoublée.

Ce renversement trouve son expression dans les notions de psychose d'influence et de syndrome d'influence, qui ont été exposées et mises au point par des élèves de Séglas. Lévy-Daras a consacré sa thèse à la psychose d'influence (49), Ceillier a consacré une série d'articles à la psychose d'influence et au syndrome d'influence (8). Entre le syndrome d'influence et la variété psycho-motrice du délire de persécution, il y a une parenté certaine : l'un et l'autre se définissent par opposition à des états délirants à base de troubles psycho-sensoriels, la variété psycho-sensorielle du délire de persécution et la psychose hallucinatoire chronique. On ne peut cependant complètement les assimiler l'un à l'autre. Ceillier, dont les travaux représentent une des plus récentes mises au point du syndrome d'influence, *sensu stricto*, entend par là un état psychopathique caractérisé essentiellement par des phénomènes d'automatisme psychologique et par le sentiment et l'idée d'influence. La symptomatologie est constituée par des phénomènes d'automatisme psychologique : 1° dans l'ordre du langage intérieur et de la pensée : pseudo-hallucinations verbales auditives, — pseudo-hallucinations verbales visuelles, — hallucinations psycho-motrices verbales orales, langage mécanique, — hallu-

cinations psycho-motrices verbales graphiques, écriture mécanique, — hallucinations psychiques auditivo-motrices ou mixtes, — hallucinations psychiques auditivo-graphiques, — conversation mentale, inspiration passive : inspiration des médiums dits intuitifs, inspiration poétique, musicale ; 2° par des représentations mentales, principalement visuelles ; 3° par des sentiments : modifications de la façon habituelle de sentir, haine, amour, joie, tristesse, etc. ; 4° par des actes : impulsions et actes automatiques, dont il faut distinguer plusieurs variétés ; phénomènes d'inhibition ; 5° par des troubles cénesthésiques particuliers. Ces phénomènes se développent sur un fond général d'idées et de sentiments d'influence, qui peuvent revêtir divers aspects : idées et sentiment de perte de la liberté, de protection, surtout amoureuse, de domination ; idées d'influence simple, de présence, et de possession. Au point de vue clinique, le syndrome d'influence se distingue donc de la variété psycho-motrice du délire de persécution par la place beaucoup plus grande qui est donnée aux phénomènes d'automatisme psychique et psycho-moteur. Au point de vue pathogénique, si l'auteur décrit des influencés par interprétation de phénomènes plus ou moins automatiques, c'est la désagrégation vraie de la personnalité qui est considérée comme le fondement et le mécanisme du syndrome, et par rapport à laquelle les extériorisations motrices sont secondaires, et non primitives, comme dans la forme psycho-motrice du délire de persécution. Ne forçons pas cette opposition et n'oublions pas que les hallucinations psycho-motrices de Ségla ont une forme akinétique, essentiellement sensitive, bien proche des pseudo-hallucinations verbales, et que, inversement, les pseudo-hallucinations apparaissent à Ségla, au moins jusque vers 1900, comme de nature motrice : l'automatisme psycho-moteur se prolonge pour lui vers l'automatisme mental comme l'automatisme mental vers l'automatisme psychique. Néanmoins, le concept de syndrome

d'influence, par rapport à la forme psycho-motrice du délire de persécution, est plus étendu et d'un déterminisme non plus mécanique, mais biologique et psychologique.

Cette tendance à l'extension se manifeste plus nettement encore dans des conceptions plus récentes, et devient telle que les délires d'influence tendent à absorber les délires psychosensoriels dont on les avait d'abord séparés. C'est ainsi que Clérambault, de la doctrine duquel nous n'envisageons pour le moment que l'aspect clinique, rattache à un seul et même syndrome les faits d'automatisme sensoriel, sensitif et moteur (14). De même, Pierre Janet prend le terme de délire d'influence dans une acception étendue, qui enveloppe les « formes psychosensorielles » du délire de persécution (39-40). C'est aussi dans un sens très large qu'il faut entendre le syndrome d'action extérieure d'Henri Claude (12); dans ses formes légères, le délire se limite à des idées de persécution; dans les formes graves, on observe les idées de possession interne; au point de vue phénoménologique, le syndrome peut revêtir deux modes, l'un interprétatif, l'autre oniroïde; dans le premier cas, à la suite d'un choc affectif ou à la faveur d'une maladie organique, survient une phase de rumination mentale; puis apparaissent les hallucinations ou plutôt les pseudo-hallucinations; elles consistent en des interprétations, soit exogènes (voix des voisines, mouvements du lit, par exemple), soit endogènes (odeur de sphacèle, — automatisme idéique banal, représentations mentales non reconnues comme personnelles). Dans le second, les pseudo-hallucinations sont des imaginations oniriques, dépendant soit de cauchemars, soit d'états confusionnels; les reliquats de l'activité onirique paroxystique deviennent les éléments d'un syndrome oniroïde d'action extérieure, vers lequel le dévergondage imaginatif, l'expression de complexes refoulés, l'étrangeté de la perception du monde extérieur orientent le malade. Cette disposition à invoquer une action

extérieure est peut-être favorisée dans les deux cas, par la débilité psychique (et non mentale)¹, la constitution paranoïaque, la perte de la critique et l'abaissement du seuil de la croyance, le retour des complexes refoulés, et aussi par la recherche d'une explication. Dans le cadre du syndrome d'action extérieure, ainsi conçu d'une façon très large et souple, tant au point de vue clinique qu'au point de vue pathogénique, les phénomènes psycho-moteurs traduisent, très classiquement, un stade relativement avancé de l'affection. Mais, dès le début, apparaît chez les malades, l'idée qu'ils sont soumis à une force indépendante de la volonté, force d'abord imprécise : ils se servent de *on*, *ils* pour désigner la force qui les actionne ; plus tard, les malades invoquent des actions mécaniques (électricité, T. S. F., ondes) ou psychiques (suggestion, transmission de pensée) ou mettent nommément en cause des persécuteurs. C'est ce qui fait réunir dans un même syndrome, à côté des malades à idées d'influence et de possession, les malades ne présentant, avec des idées de persécution, que des « hallucinations psycho-sensorielles ».

L'évolution des idées s'est donc produite de la façon suivante : on a d'abord séparé des hallucinations psycho-sensorielles les hallucinations psycho-motrices, où intervient la notion de l'activité propre de l'halluciné, tout en les concevant sur le modèle des premières, ce qui ne pouvait que conduire à séparer les syndromes psycho-sensoriels et psycho-moteurs, puisque les hallucinations verbales étaient dans tous les cas conçues comme des phénomènes élémentaires ; on a ensuite repris les phénomènes d'apparence psycho-sensorielle à la lumière des phénomènes psycho-moteurs, de telle sorte que tous ont été considérés comme procédant de l'activité

1. La notion de débilité psychique est plus étendue que celle de débilité mentale ou intellectuelle qui a trait au niveau de l'intelligence, à l'âge d'intelligence ; la débilité psychique s'oppose à la force psychique.

propre de l'halluciné. Ce changement de perspective trouve son application dans l'opposition que l'on établit actuellement entre les hallucinations vraies et les pseudo-hallucinations. Classiquement, l'hallucination vraie était caractérisée à la fois par l'objectivité spatiale et l'objectivité psychique, la pseudo-hallucination par la seule objectivité psychique. Pour Claude et ses élèves, l'opposition est différente : l'hallucination vraie se définit par la croyance intime de percevoir un objet absent ; ils lui opposent d'une part l'hallucinoïse, d'autre part la pseudo-hallucination ; l'hallucinoïse n'entraîne pas la croyance du sujet, elle dépend directement de conditions organiques (tumeurs, troubles vasculaires, etc.) ; elle est élémentaire, anidéique, et de tonalité affective neutre ; la pseudo-hallucination ne dépend qu'indirectement de conditions organiques ; elle a un contenu idéique, une charge affective et ne peut être dissociée d'un syndrome d'action extérieure ; elle fait intervenir, et ceci est plus vrai de la verbale que de toute autre, des automatismes personnels ; l'hallucination psycho-motrice verbale est en réalité une pseudo-hallucination.

Il reste qu'une distinction s'impose entre les malades qui disent percevoir des paroles étrangères, et ceux qui avec une attitude réceptive ont le sentiment qu'on les fait parler, en eux-mêmes ou actuellement. Cette distinction dépasse les limites de symptômes isolés, et s'étend à tout le tableau clinique : il n'y a pas que la parole qui soit forcée, mais la volonté, la pensée, les sentiments. Ce fait est particulièrement net lorsque le malade parle actuellement ses hallucinations : d'autres phénomènes psycho-moteurs accompagnent l'impulsion-hallucination verbale : des mouvements, des gestes, des actes, la mimique sont également imputés à l'action extérieure. C'est un des faits qui montrent que l'explication des hallucinations parlées doit être cherchée dans des conditions géné-

rales, et non dans la seule mécanique de la parole. C'est aussi ce qui, dans le cadre large et souple du syndrome d'action extérieure, conserve son intérêt à la « forme psycho-motrice du délire de persécution », qui doit en être considéré comme un aspect, et, selon les cas, une variété ou une étape.

III. — LES HALLUCINATIONS PARLÉES AU COURS DE QUELQUES ÉTATS PSYCHOPATHIQUES

Les états psychasthéniques. — Le psychasthénique n'est nullement un délirant : il possède du trouble psychique une conscience que n'a pas l'influencé ; on a pu dire qu'en lui seule la *fonction* du réel est déficiente mais non sa *notion* ; il reconnaît la subjectivité des troubles du cours de sa pensée et de sa parole intérieure, et présente tout au plus des tendances à leur objectivation intentionnelle et spatiale. Mais, sous l'influence de conditions passagères ou durables, ceux-ci peuvent donner naissance à un syndrome d'action extérieure transitoire et à des hallucinations parlées.

Le caractère essentiel des idées d'influence des psychasthéniques est de se présenter au cours de crises séparées par des intervalles tranquilles plus ou moins longs, intervalles durant lesquels le malade critique l'objectivation intentionnelle et spatiale qu'il a pu faire de son automatisme verbal au cours de la crise. Il peut conserver le sentiment que sa parole, intérieure ou extérieure, est mécanique, qu'elle n'a plus la note personnelle qu'elle devrait avoir : à son activité peut s'attacher, suivant l'expression de Pierre Janet, un « sentiment du vide » qui traduit la perte des réactions que doit normalement susciter l'action, notamment de ces réactions secondaires, régulatrices de l'action, que sont les sentiments fondamentaux de l'effort et de la fatigue. En effet, plus que la réaction du triomphe ou que la réaction de l'échec (la joie ou la tristesse,

réactions terminales de l'action), l'effort et la fatigue mettent l'accent sur la part vraiment personnelle de l'acte ; inversement, la prédominance de la tristesse ou de la joie suscitent chez le prédisposé le sentiment d'une emprise favorable ou défavorable. L'angoisse surtout est à l'origine des « crises d'emprise » des psychasthéniques, et son rôle se manifeste lorsqu'on étudie les circonstances dans lesquelles elles apparaissent : il s'agit toujours, suivant Janet, d'un trouble déterminé par une conduite sociale, toute action devenant plus difficile lorsqu'elle doit être accomplie socialement ; les conditions en sont surtout l'intimidation, la surprise (d'où les manies de surveillance de certains sujets), les attentes et les fatigues en rapport avec des conduites sociales. Inversement, une distraction, une émotion sthénique, par exemple une colère intense, un grand effort d'attention suspendent la crise ; un malade de Janet remarque que s'il réussit à penser avec attention, l'écho de la pensée disparaît ; en un mot, la crise est arrêtée par une excitation opposée à la régulation dépressive déterminée par l'intimidation, la surprise, la fatigue, l'effort prolongé. Les crises d'emprise des psychasthéniques peuvent ainsi être rapprochées des *crises de psycholepsie* décrites par l'auteur ; celles-ci sont caractérisées par une chute brusque des fonctions psychologiques et l'apparition de sentiments du vide très intenses : perte de toute affection, de tout intérêt, étrangeté et irréalité des objets environnants ; le malade a l'impression que tout est mort, que lui-même est mort ou devenu un pur esprit. Ces crises, survenues brusquement, peuvent se terminer de même, ou se prolonger et donner naissance à un délire. Pareillement, les crises d'emprise des psychasthéniques peuvent devenir plus fréquentes et durables, et les intervalles de tranquillité plus rares et plus courts s'accompagner d'une critique moins nette et moins stable. (Pierre Janet, 40.)

Bien souvent, les idées délirantes qui surviennent sur le terrain psychasthénique, en particulier à la suite d'obsessions, prennent la forme d'un délire d'influence. Le fait que, dans la majorité des cas, celles-ci sont formulées verbalement, et que, dans beaucoup, c'est la formule verbale même qui est obsédante, favorise l'apparition des paroles imposées (Séglas, 75). D'autres obsédés ne vont pas jusqu'à l'objectivation intentionnelle, mais ont une tendance à l'objectivation spatiale, dont la chique nerveuse de Dumont de Monteux est une illustration pittoresque : « ...le mot, d'abstrait qu'il était, semble se matérialiser et produit la sensation que déterminerait, je suppose, le noyau d'une cerise conservé dans la bouche après l'avoir dépouillé de sa pulpe. » Chez beaucoup, à l'impulsion verbale obsédante, s'intrique un état de doute consécutif : le malade se demande s'il n'a pas réellement prononcé les mots qu'il se sent justement poussé à dire (Séglas, 71, p. 170) ; plus rarement il a la conviction qu'il a parlé alors qu'il n'a rien dit : faux souvenir plutôt que perception fausse. Lorsque la parole imposée procède d'obsessions, elle conserve, à défaut de la conscience de l'état morbide, leurs autres caractères, en particulier la prévalence irrésistible. Mais ces caractères ne sont pas spécifiques de l'obsession devenue hallucination : ils se retrouvent dans les hallucinations obsédantes, fréquentes dans les délires d'influence, où elles prennent souvent la forme d'hallucinations impératives (Cololian, 17).

Plus rarement les idées délirantes d'influence, qui ont alors un caractère favorable, procèdent du besoin d'aide et de protection fréquent chez les psychasthéniques : la conversation mentale, d'abord intentionnelle, devient automatique et s'objective (Ceillier, 8). Mais le besoin d'aide et de protection peut lui-même naître du délire (obs. II, p. 49).

Ce qui caractérise ces syndromes d'action extérieure des psychasthéniques, c'est qu'ils sont éphémères, et que les

crises paroxystiques sont séparées par des intervalles lucides. Mais les influencés ont eux-mêmes des moments de tranquillité séparés par des crises¹. Et chez les psychasthéniques, les crises, d'espacées, peuvent devenir subintrantes, et les convictions délirantes durables et continues. L'hypothèse d'une évolution spontanée de la psychasthénie au délire n'est plus alors la seule qui doive être envisagée. Dans certains cas, ce sont des causes intercurrentes qui font du psychasthénique un influencé, et des impulsions verbales des hallucinations : par exemple, une malade de Baruk, qui avait été toute la vie une obsédée simple, devient une influencée à la faveur de poussées mélancoliques et d'artério-sclérose sénile (H. Baruk, 5) ; la moindre cause de fléchissement chez un sujet à système nerveux fragile, le fait passer de l'obsession au délire. Dans d'autres cas, si le fléchissement du système nerveux n'a pas fait ses preuves, surtout lorsque la psychasthénie s'est manifestée assez tard et ne paraît pas constitutionnelle, on peut se demander si l'apparition du délire d'influence ne traduit pas l'évolution d'une maladie dont la psychasthénie n'était que le masque ; souvent, dans ce cas, il s'agit d'une schizophrénie.

Les épileptiques. — La parole involontaire apparaît assez souvent chez les épileptiques comme équivalent de la crise convulsive. Picard (64) a bien décrit dans sa thèse les différents degrés qu'elle revêt : cri initial classique ; mots courts, stéréotypés, itératifs ; parole à peine articulée, débitée rapidement ; glossolalie ; parole avec coordination imparfaite ; parole avec coordination parfaite : nous n'insistons pas sur la description de ces formes.

Ce qui nous paraît remarquable, c'est que ces accès de parole automatique peuvent, lorsqu'une certaine lucidité est

1. On oublie trop en face des délirants qu'ils ont, suivant l'expression de Lacan, des « moments féconds » et des périodes de cristallisation.

conservée, se présenter au sujet avec une objectivation qui les rapproche des phénomènes hallucinatoires.

Un malade de Picard perçoit ses actes et ses paroles sans les intégrer à sa personnalité : « Une fois, chez des amis, il a récité hors de propos et sur un rythme rapide, *La Mort du pélican*, d'Alfred de Musset. Il n'entendait que très vaguement. Il ne percevait sa voix que murmurée. Il ne pouvait en retenir le flux : « C'est comme une personne très éloignée qui parle. Je n'ai pas l'impression que c'est moi. »

Dans une observation remarquable de Heuyer et Lamache, où coexistent des attaques convulsives caractérisées, des fugues amnésiques, isolées ou post-paroxystiques, des fugues dromomaniaques partiellement amnésiques, la non-intégration, la non-reconnaissance de sa propre pensée par le sujet provoquait l'illusion d'influence à l'origine des explications délirantes (pensée forcée, suggestion de souvenirs, dévidage de la pensée, etc.) (14).

Ce qui constitue la marque originale de tous les faits comitiaux, c'est le trouble de la conscience : la lucidité, lors même qu'elle existe, est incomplète ; elle se limite au sentiment d'une imminence indéterminée, de l'accomplissement inéluctable de l'acte. La connaissance de l'acte semble, avec un léger décalage, postérieure à son accomplissement.

Hughlings Jackson avait très bien observé ce phénomène, qu'il regardait comme caractéristique des hallucinations précédant certaines crises d'épilepsie : « Il est tout à fait évident que, dans quelques attaques de petit mal, accompagnées d'état de rêve (dreamy state), et même dans toutes, je crois, il y a une espèce de double conscience, de « diplopie mentale »... Je pense aussi qu'il y a quelques déficiences de la conscience dans tout paroxysme accompagné d'état de rêve, certainement dans quelques-uns. L'état psychique est par suite très complexe. Il y a déficience de la conscience ; voilà pour les symp-

tômes négatifs. Pour les symptômes positifs ; il y a : 1^o l'état de conscience presque parasitaire (état de rêve) ; et 2^o des reliquats de la conscience normale ; ainsi, il y a double conscience. (Cité par Mourgue, 59, p. 206-207, traduction personnelle.)

Les délires chroniques. — Les hallucinations auditives verbales et les hallucinations psycho-motrices verbales paraissent correspondre à des stades différents de l'évolution des psychoses hallucinatoires chroniques. Séglas admet que, dans la forme psycho-sensorielle « du délire de persécution systématisé à marche régulière », elles apparaissent tardivement, après les hallucinations auditives qu'elles prolongent, avant le monologue des vieux délirants, les stéréotypies, le psittacisme, la salade de mots qu'elles amorcent. D'autre part, il existe des cas nombreux de psychoses hallucinatoires chroniques dont, au moins à la période d'état, toute hallucination motrice, commune ou verbale, et toute idée d'influence, *sensu stricto*, paraissent encore absentes. L'aliénation de la parole propre s'annonce sous la forme de réponses forcées, d'abord mentales, et du passage incoercible des réponses mentales aux réponses articulées.

A cette notion de l'apparition tardive des hallucinations psycho-motrices verbales, il faut ajouter celles de l'apparition épisodique et de l'apparition précoce.

Au cours d'une psychose hallucinatoire chronique, l'aliénation de la parole propre peut se constituer d'une façon transitoire, généralement sous la forme d'impulsions verbales rapportées à une action étrangère, à la faveur d'une crise d'excitation, d'agitation, d'un paroxysme anxieux, de la nuit et de l'insomnie, d'un état subonirique ; assez souvent les impulsions verbales épisodiques annoncent les hallucinations psycho-motrices verbales d'abord intermittentes, puis subcontinues, qui deviennent plus tardivement le mode d'expression habituel du délire.

Au début ou au cours d'une psychose hallucinatoire à forme sensorielle, une poussée évolutive d'allure subaiguë peut aussi réaliser un syndrome d'automatisme psycho-moteur avec paroles imposées.

En résumé, l'apparition des hallucinations psycho-motrices verbales paraît toujours traduire une aggravation de l'état mental : tardive, elle exprime l'affaiblissement ; épisodique, des altérations transitoires de l'humeur et de la conduite, ou des épisodes subconfusionnels et suboniriques.

Les hallucinations psycho-motrices verbales dans les psychoses d'influence. — On entend par psychose d'influence, la variété des psychoses hallucinatoires chroniques où le tableau clinique est celui du syndrome d'influence, dont nous avons vu les éléments essentiels.

En ce qui concerne les hallucinations verbales, les auditives y sont plus rares, les psycho-motrices plus fréquentes et plus nombreuses.

L'étiologie confirme la notion suivant laquelle l'hallucination psycho-motrice verbale traduit une atteinte du psychisme plus grave que celle qui conditionne les hallucinations auditives. La psychose d'influence survient chez l'adulte jeune, de 20 à 30 ans, et chez la femme, avant la ménopause, plutôt qu'après. Elle atteindrait les femmes plus souvent que les hommes. (Ceillier.)

Un autre trait qui paraît traduire, lui aussi, l'atteinte plus grave ou la moindre résistance du psychisme est la fréquence des hallucinations visuelles, nettement dégagée par Ségas : en fait il s'agit surtout d'illusions visuelles. Cette réserve faite, cette notion paraît correspondre aux données de la clinique.

Enfin, à côté de la dissociation plus accentuée, la fréquence et le degré de l'excitation donne aux tableaux de psychoses d'influence une tonalité qui les distingue du tableau des psychoses hallucinatoires chroniques.

Les démences précoces. — La forme paranoïde de la démence précoce prend assez souvent l'aspect d'une psychose d'influence. Nous en donnons plusieurs observations. Hallucinations psycho-motrices verbales et phénomènes d'automatisme psycho-moteur y sont très proches de ce qu'ils sont dans la psychose d'influence et les psychoses hallucinatoires.

Ce qui paraît particulier à la démence précoce, c'est que les phénomènes d'aliénation de la parole propre s'accompagnent de réactions délirantes réduites. Voici par exemple un cas où le diagnostic de démence précoce a été fait très tôt par H. Baruk et dont l'évolution a été close par un suicide. (H. Baruk, 5.)

Chez un jeune homme de 18 ans, la maladie a commencé par de la céphalée et une fatigue générale qui l'obligent à interrompre ses études ; en même temps, il devient triste, s'isole, passe des jours entiers à rêvasser. Puis apparaissent une série de phobies, de scrupules, et une sorte de cérémonial comme on en voit chez les obsédés, des troubles cénesthésiques de caractère absurde, des troubles du cours de la pensée : « Je ne suis jamais sûr de moi, dit-il, ni de mes pensées. J'ai peur de penser tout haut. Je ne vais plus à l'église de peur de parler tout haut sans m'en rendre compte et de troubler l'office. » Il présente également un mentisme intense : « Je pense toujours, ça défile, je ne peux pas arriver à penser à rien, toujours ma tête pense, je suis étourdi. » Il aboutit enfin, « aux hallucinations psychiques et au syndrome d'automatisme mental, écrit l'auteur, tel que l'a décrit de Clérambault ». Citons encore quelques-uns de ses propos : « Il m'arrive quelquefois des injures ou des questions par la pensée... je pense à la réponse que je ferais si je parlais tout haut... C'est comme si on parlait au-dedans de moi, je n'entends rien par les oreilles. Peut-être par moments il pourrait m'arriver de penser tout haut inconsciemment, et alors on doit connaître

mes pensées. Je pense une chose, la personne me répond. C'est comme si je faisais les demandes et les réponses ; tout d'un coup, au milieu d'une pensée, je sens qu'on me cause, alors je m'arrête, mais je ne sais pas si cette pensée vient de moi. »

Ici, les phobies, les scrupules, l'obsession de l'automatisme idéique et verbal, le mentisme ont fait le lit de l'aliénation de la parole propre. Mais les uns et les autres ont des caractères particuliers. L'objectivation intentionnelle de la parole n'est qu'ébauchée, le sujet ne cherche pas d'explication, ne bâtit pas de délire. Les phobies, les obsessions, les scrupules, les doutes pénètrent facilement dans le psychisme et l'envahissent sans déterminer de résistance ni de lutte anxieuse ; de même la libération de l'automatisme verbal. Tous ces phénomènes, en un mot, surviennent sur un fond d'indifférence, qui est le fait d'une démence précoce dont le syndrome psychasthénique très spécial du début n'a été que la période d'alarme.

Les états maniaques et mélancoliques. — Les hallucinations psycho-motrices verbales ont été signalées dans la manie, surtout sous leur forme impulsive. Cololian en cite un cas de Mairet (53). Georges Petit, dans sa thèse, rapporte un cas de psychose périodique, où les accès maniaques à répétition étaient suivis d'une courte phase dépressive : durant les accès, le malade présentait des idées d'influence et de possession psychique, avec auto-représentations aperceptives et impulsions psycho-motrices diverses ; pendant les intervalles lucides, la croyance rétrospective aux idées d'influence persistait. (63, p. 137.)

L'apparition d'un syndrome d'influence au cours d'un accès maniaque doit être distinguée des états de manie chronique qui s'observent souvent à une phase avancée des psychoses hallucinatoires ou des psychoses d'influence, dont l'excitation hypomaniaque pourrait presque être considérée

comme un symptôme. Logre et Heuyer ont indiqué les principaux éléments du diagnostic différentiel, qui repose essentiellement sur l'évolution, parallèle à celle de l'accès maniaque, et sur les caractères de l'excitation ; ils font également intervenir une disposition constitutionnelle favorisante, paranoïaque et interprétative (51).

Dans la mélancolie, les hallucinations psycho-motrices ont été décrites par Séglas et Londe ; elles y précéderaient les hallucinations auditives, seulement « confirmatives » du délire. Elles paraissent survenir surtout, mais pas exclusivement, dans des formes anxieuses. Il s'agit de paroles involontaires, actuelles et plus souvent mentales, fréquemment antagonistes ; les caractères moteurs, sensitifs et sensoriels de la parole mentale sont très effacés et difficiles à préciser ; les voix intérieures ne sont pas localisées par le malade, ou sont localisées dans les viscères, en dehors du territoire de la parole. En somme, ce sont surtout des pseudo-hallucinations, *sensu stricto*. (V. Séglas et Londe, 70 ; cf. Codet, 15.)

Les intoxications exogènes, et en particulier, les psychoses alcooliques. — Le syndrome d'influence peut apparaître au cours de diverses intoxications : Dupré et Logre, par exemple, ont décrit un délire d'influence typique par la cocaïne. (Logre, 50.) Mais c'est surtout au cours de l'alcoolisme que l'on a l'occasion d'observer les hallucinations parlées ; elles y ont été décrites par Vallon (92) et Cololian (16 et 17). Elles peuvent survenir au cours de délires chroniques, où la part de l'alcoolisme paraît prépondérante. Ce qui paraît plus particulier à l'alcoolisme, c'est leur apparition au cours d'accidents subaigus survenant chez des alcooliques chroniques. Il s'agit d'impulsions verbales, ou d'hallucinations volontiers localisées à la périphérie, surtout à l'épigastre, à la faveur de l'angoisse pectorale (Cololian) ; souvent elles s'accompagnent de mouvements de la langue ; le tableau clinique comporte

presque toujours des hallucinations visuelles et auditives ; le délire est peu systématisé ; enfin, les hallucinations parlées et les impulsions hallucinatoires sont éphémères, et paraissent correspondre à l'acmé de la crise.

Vallon et Cololian insistent sur leur rareté. Nous ne pouvons **que** confirmer cette notion. Au cours d'examens extrêmement nombreux d'alcooliques subaigus, nous n'en avons relevé que trois cas : un cas d'hallucinations épigastriques, un cas d'impulsions injurieuses rapportées à une influence étrangère, un troisième cas plus complexe où il s'agissait d'un délire de persécution et protection chez un alcoolique de 40 ans : ce malade avait des visions de scènes religieuses et politiques, envoyées par le Christ ; des impulsions agressives lui révélaient ses ennemis ; enfin, le Christ lui parlait, « en lui mettant ses nerfs sur la tête », et le malade se sentait poussé à articuler à voix basse ce que lui disait ainsi le Christ, dont les paroles étaient dépourvues de sonorité.

Les hallucinations psycho-motrices verbales dans la paralysie générale. — Elles ne sont pas une rareté, si l'on en croit le nombre des observations qui en ont été publiées et des travaux qui leur ont été consacrés.

En réalité, elles ne sont pas aussi fréquentes qu'il y peut paraître, mais, survenant au cours d'une maladie organique, elles ont flatté les espérances anatomo-cliniques des chercheurs.

La plupart des auteurs admettent qu'elles se présentent au cours des périodes de rémission, mais on peut les voir survenir au début de la maladie, comme l'ont observé Borel et Ceillier (6), ce qui, d'ailleurs, a la même signification pathogénique. On peut également les voir apparaître dans les syndromes paranoïdes post-malariathérapiques (Leroy et Médakovitch, 46.)

Dans l'ensemble, on se trouve en présence de deux ordres

de faits : des pseudo-hallucinations verbales, des impulsions verbales¹.

Dans bien des cas, les pseudo-hallucinations ne reçoivent aucune localisation précise. (Girma, 32 ; Henry, 36.) Dans la plupart des autres, elles sont localisées en dehors de l'appareil de la phonation et de l'articulation : dans l'épigastre, chez un malade de Leroy (R. Leroy, 45), qui mourut d'un cancer de l'estomac avec cancer secondaire du foie ; dans la poitrine, dans le ventre ; assez nombreux sont les sujets qui, dans leurs explications délirantes, font intervenir la ventriloquie : c'est ainsi qu'une paralytique générale de Trénel (90) prétend « que son amant mort lui parle dans le ventre ; sinon elle est ventriloque² ». Assez souvent, pour des causes sur lesquelles nous reviendrons, les dents sont supposées le siège de la parole parasite. De rares sujets, parmi de nombreuses observations, déclarent éprouver des

1. Nous ne pouvons que citer l'observation de Cramer (20), d'hallucinations psycho-motrices verbales chez un sourd-muet démutisé délirant chronique qui « entendait » 1° des hallucinations verbales non auditives mais psycho-motrices ; 2° des hallucinations non verbales mais symboliques, également psycho-motrices, localisées dans le doigt, et mettant en œuvre le « langage des sourds-muets ». Voir aussi sur ce point le travail de SANJUAN, *Archives de Neurologie*, 1897, vol. I, p. 151.

2. Il n'y a aucun rapport entre la pseudo-ventriloquie des hallucinés et la ventriloquie vraie. Celle-ci, en premier lieu n'est pas un don, mais s'acquiert par apprentissage. En second lieu, d'après les recherches que nous avons entreprises avec Simon, Misset et Borel, le phénomène capital de la ventriloquie vraie semble résulter en ce que le sujet parle en inspiration ; à l'examen radioscopique, en particulier on voit le diaphragme se tendre davantage à mesure que progresse l'élocution. Chez les délirants, il s'agit de tout autre chose : les impressions sensitives issues des appareils de la parole sont l'occasion d'actes verbaux, et réciproquement, les actes verbaux incoercibles s'accrochent aux impressions issues du territoire de la parole, notamment à la perception de la respiration. Nous avons vu un cas où l'inspiration fournissait la matière d'hallucinations verbales, pour lesquelles la malade n'invoquait d'ailleurs ni la ventriloquie ni l'inspiration (obs. II, p. 49). Ajoutons enfin que pour la conscience délirante, la ventriloquie fait partie du synchrétisme du magique et du mystique.

sensations dans la gorge ; une malade de Sérieux sent quelque chose qui parle en elle, dans sa gorge : « Ce n'est pas ma bouche qui parle, mais la gorge ; ce que je dis par la gorge, ça remonte par l'oreille » ; cette malade présentait également des impulsions verbales. (Sérieux, 80.)

L'automatisme verbal revêt assez souvent un caractère obsédant, comme dans les cas de Stcherback (85), de Borel et Ceillier (6). Dans un cas de Mendel, cité par Sérieux (79), il s'agissait plutôt d'obsessions que d'hallucinations ; cependant, le malade, obsédé par des maximes latines et des refrains de chansonnettes, disait : « C'est comme si ces voix me venaient à la langue. »

Les impulsions verbales sont aussi fréquentes que les hallucinations. Dans plusieurs cas (Rieu, Marie et Buvat), elles n'affectent que les caractères acoustiques de la parole et consistent en transformations du timbre et du volume de la voix. Le marmotement n'est pas rare. Parfois, on le voit faire suite à des hallucinations auditives et précéder la parole involontaire. (Marie et Buvat, 54.)

Les éléments auditifs jouent un rôle très effacé. Rarement les hallucinations auditives précèdent les hallucinations psychomotrices verbales. Plus souvent, elles les suivent. Dans quelques cas, une résonance auditive paraît associée à des pseudo-hallucinations. (Sérieux, 79 ; Henry, 36.)

Parfois, l'hallucination psycho-motrice verbale se complique d'hallucinations graphiques, qui, ici comme ailleurs, paraissent surtout prolonger les pseudo-hallucinations ou les impulsions verbales, et se traduisent par des modifications de l'écriture : dans le cas de Trénel, la malade, qui avait quelque teinture de spiritisme avant la maladie, prétendait mieux entendre les voix, devenues extérieures après la disparition des « hallucinations graphiques », grâce à des contorsions de la main droite.

La systématisation délirante est faible. Les paroles et les actes involontaires sont attribués plus souvent à une influence agissant de l'extérieur qu'à la possession proprement dite.

Ce qui nous paraît très particulier aux hallucinations psycho-motrices verbales de la paralysie générale, c'est leur association à des manifestations convulsives dans le domaine du trijumeau, du facial et de l'hypoglosse.

Sérieux a consacré une belle étude à un cas d'hallucinations psycho-motrices verbales associées à des contractions spasmodiques des muscles masticateurs chez une paralytique générale. Les mouvements observés, étaient de deux ordres : d'une part, des mouvements de mastication, faibles, de rythme lent, parfois du trismus ; d'autre part, des mouvements de latéralité, souvent très intenses, fréquents, durables. Ces mouvements étaient irrésistibles et se produisaient en même temps que les hallucinations. Pendant la communication mentale de la malade avec les persécuteurs, on pouvait les percevoir par le toucher. Ce fait explique vraisemblablement la localisation des hallucinations psycho-motrices verbales : « J'entends dans mes dents, j'ai une persécution dans mes dents ; on me serre mes dents, on me parle là-dedans. » La langue était immobile, mais les lèvres remuaient légèrement, comme au cours de la lecture. Parfois, on répétait dans la bouche les questions qu'elle posait. A un moment, elle perçut un écho auditif de ses hallucinations psycho-motrices verbales : « J'ai des chuchotements dans la bouche, disait-elle, et ça me répond dans les oreilles » (79).

En 1898, Sérieux publie une autre observation que nous résumerons brièvement : il s'agit d'une femme de 43 ans, blanchisseuse, ayant des antécédents éthyliques ; elle présente :

1^o De la parole automatique localisée dans la gorge : « Ce n'est pas ma bouche qui parle mais la gorge... ce que je

dis par la gorge, ça remonte par l'oreille ; ça répète tout ce que je dis dans la gorge » ; il y aurait donc dans son cas des hallucinations auditives secondaires aux hallucinations psycho-motrices verbales ;

2° Des crises d'épilepsie jaksonienne droite, et de la contracture de la langue ;

3° Des réactions mélancoliques. (Sérieux, 80.)

Dans une observation de Henry (homme, 49 ans) le malade se plaint, par moments, de mouvements dans les mâchoires, qui répètent ses pensées et lui parlent. Tout ce qu'il pense est ainsi enregistré par le claquement de dents comme ferait, dit-il, un appareil télégraphique. Sa pensée est répétée sur l'air des *Canotiers* ou de *La Marseillaise* : « Cette voix, je ne l'entends pas comme celle qui m'appelle cocu, je l'entends dans ma tête ». Notons, en passant, la coexistence d'éléments acoustiques, de données sensitives, motrices, et l'absence d'extériorité. (Henry, 36.)

L'observation de Stcherbak peut être rapprochée de celle de Sérieux. Il s'agit d'une femme de 47 ans, psychopathe ancienne atteinte secondairement d'une syphilis nerveuse (inégalité pupillaire, réflexe photomoteur faible, bradylalie, troubles de la déglutition, réflexes rotuliens inégaux, affaiblissement de la mémoire) qui, après un ictus, présente des convulsions du côté droit du corps. D'une façon presque continuelle cette femme était sujette à des crises nerveuses précédées de prodromes : angoisse, chatouillement dans la gorge. La crise débutait par un spasme tonique, puis des convulsions toniques dans le territoire du facial droit, qui s'étendaient ultérieurement au membre supérieur droit. La malade ne pouvait parler, mais émettait des sons rauques : O, K, H. Elle ne perdait pas connaissance, éprouvait une angoisse profonde, des paresthésies dans les territoires atteints par les convulsions ; elle était obsédée par la repré-

sensation mentale des lettres O, K, H, qui devenait de plus en plus vives à mesure que progressait l'accès ; elle essayait de s'en débarrasser, mais devait se les présenter à l'esprit ; elle ne les entendait pas, ne les voyait pas, mais les ressentait dans son cerveau « par un sens intérieur particulier » ; pendant les accès forts, il semblait à la malade qu'elle prononçait ou devait prononcer ces lettres : « Je suis forcée de mugir ces lettres d'une voix étrange, inhumaine. » A d'autres moments, elle en sentait la forme dans sa gorge comme si c'était un corps étranger ; elle éprouvait le besoin de tousser ou de cracher ces lettres. Enfin, au cours des mouvements convulsifs de la main droite, elle y sentait la lettre O, comme un objet rond (85).

Dans le cas de Borel et Ceillier (6 *bis*), paralysie générale ayant débuté par des hallucinations psycho-motrices verbales obsédantes avec tendance au suicide, on note, comme dans un des cas de Sérieux, des antécédents éthyliques. Les hallucinations psycho-motrices verbales survenaient par crises avec conscience partielle dans l'intervalle. Elles coïncidaient avec des secousses convulsives du côté gauche de la face, simulant l'hémispasme facial ou l'épilepsie jacksonienne, limitée à la face ; ces crises comportaient encore de la céphalée gauche, des douleurs de l'œil gauche, ce qui fit penser à une migraine ophtalmique. Ultérieurement, ces crises disparurent, ainsi que les hallucinations psycho-motrices verbales, et le malade évolua vers une forme dépressive, sa mémoire restant peu touchée.

On retrouve dans ces quelques observations, un groupement de symptômes tel qu'il semble y avoir quelque affinité entre les hallucinations psycho-motrices verbales et certaines manifestations convulsives. Dans toutes, on retrouve l'association de convulsions, toniques et cloniques, surtout dans le domaine du trijumeau, du facial, et de l'hypoglosse, à des

manifestations d'automatisme verbal allant des représentations mentales obsédantes à la parole involontaire objectivée (objectivation spatiale et intentionnelle).

On peut objecter que ces manifestations convulsives sont fréquentes dans la paralysie générale. Sérieux lui-même, dans son étude de 1894, rapproche plusieurs cas de paralysie générale avec manifestations convulsives, dans le territoire des 5^e, 7^e et 12^e paires, et impossibilité transitoire de la parole ; il insiste sur la grande excitabilité du centre moteur cortical du trijumeau. Mais, en revanche, il souligne le fait que le mâchonnement, fréquent chez les paralytiques généraux à une période avancée, est apparu précocement chez sa malade.

Si le syndrome existe, il n'est pas facile de l'interpréter.

Neurologiquement, on pense à une irritation portant à la fois sur la représentation motrice corticale de la bouche, de la langue, de la mâchoire, du larynx, des mouvements rythmiques de mastication et de déglutition et sur la zone un peu plus antérieure de l'aphasie motrice. Dans deux des observations, il s'agit d'épilepsie jacksonienne droite. Dans celle de Borel et Ceillier, les manifestations convulsives, moins typiques, ont lieu à gauche. Dans les deux autres, elles sont bilatérales et symétriques. En somme donc, on ne peut parler que de manifestations convulsives dans le territoire des 5^e, 7^e, et 12^e paires, sans préciser davantage.

Psychologiquement, les mouvements convulsifs paraissent favoriser l'apparition des manifestations d'automatisme verbal, qui surviennent par crises, même lorsqu'elles restent purement mentales, soit que les mouvements convulsifs constituent l'occasion et le signal des hallucinations verbales, soit que le malade perçoive ses mouvements involontaires sous forme de parole. La parole parasite, puis l'action étrangère qui la suscite, sont volontiers localisées dans la bouche ou dans les dents.

Quelle que soit sa signification, cette association d'automatisme moteur et d'automatisme verbal méritait d'être signalée.

IV. — L'ÉVOLUTION DES HALLUCINATIONS PARLÉES

L'étude des hallucinations parlées au cours de quelques affections mentales nous a déjà permis de dégager un certain nombre de types évolutifs :

1^o Elles peuvent survenir brusquement et n'être que transitoires, par exemple chez les psychasthéniques présentant des impulsions verbales, à la faveur de la crise de psycholepsie ; chez les comitiaux, à la faveur de l'état crépusculaire ; au cours des syndromes hallucinatoires psycho-sensoriels, à la faveur de crises d'excitation, d'agitation anxieuse, du sommeil et des cauchemars ;

2^o Leurs conditions peuvent être plus durables tout en restant passagères, et s'étendre sur une période qui va de plusieurs jours à plusieurs semaines et plusieurs mois : par exemple, au cours des accidents alcooliques subaigus, des bouffées délirantes, de poussées évolutives qui s'observent au début ou au cours des psychoses hallucinatoires chroniques, des accès mélancoliques ou maniaques ;

3^o Enfin, les hallucinations parlées peuvent persister longtemps, qu'elles soient apparues tardivement, après des hallucinations auditives, ou précocement, au cours d'une psychose d'influence.

En résumé, l'évolution des hallucinations parlées peut être, dans ses grandes lignes, aiguë, subaiguë ou chronique. Nous nous efforcerons de préciser davantage, et d'établir le mode début des hallucinations parlées, leur régime à la période

d'état, et leur terminaison. Nous clorons cette étude en disant quelques mots de leur pronostic.

Mode de début. — Toute la période initiale des délires est très difficile à explorer ; sauf en ce qui concerne les psychasthéniques, on n'observe le plus souvent les malades qu'à la période de délire constitué. Dans l'état actuel de la psychopathologie, on ne peut donner que des indications très générales sur les phénomènes qui font le lit des hallucinations parlées. Ils paraissent assez divers et pourraient, à titre d'approximation, se répartir de la façon suivante :

1^o Phénomènes de la série psychasthénique : obsessions, impulsions, phobies. Lorsqu'un délire se constitue sur terrain obsessionnel, il prendrait électivement la forme psycho-motrice. (Séglas, 72 et 75) ;

2^o Phénomènes d'intuition délirante : Targowla et Dublneau ont décrit sous le nom d'intuition délirante l'apparition d'idées insolites, surgissant brusquement dans la conscience, mais que le sujet reconnaît comme siennes. Claude et Dublneau (13) ont signalé le rôle des intuitions délirantes dans la constitution de certains syndromes d'action extérieure. Elles surviennent surtout au cours des grands bouleversements affectifs, épisodes d'anxiété ou d'exaltation émotive, sans que, parfois, aucun travail psychique ait paru les précéder. Plus souvent des préoccupations d'ordre affectif leur ouvrent la voie, et le sujet mentionne un travail mental conscient qui les a précédés.

C'est généralement un état obsessionnel qui constitue le terrain sur lequel elles se développent. Ni leur contenu ni leur mécanisme n'enveloppent encore la notion d'une action étrangère : elles se différencient donc, malgré certaines apparences, des hallucinations psycho-motrices, parce que le délirant intuitif conserve un rôle plus actif et surtout parce qu'elles restent un phénomène personnel et adhérent au Moi.

D'autre part, malgré la discrétion de l'élément illusionnel ou psycho-sensoriel, elles se distinguent aussi des éléments du petit automatisme mental de Clérambault « par leur adhérence persistante à la personnalité, leur contenu plus riche, plus profondément affectif, leurs modalités d'expression rappelant celles de certaines pensées normales... Ainsi, par leur façon de se manifester font-ils, avons-nous pu écrire, un pont entre le normal et le pathologique » ;

3^o Apparition après le « Petit automatisme mental » : Sous cette désignation, Clérambault (14) décrit et classe les phénomènes purement psychiques ou verbaux qui précèdent l'apparition des phénomènes idéo-verbaux et des hallucinations verbales : « L'hallucination auditive proprement dite et l'hallucination psycho-motrice sont des phénomènes tardifs dans le décours de l'automatisme mental... Les intuitions, la pensée devancée, l'écho de la pensée et les non-sens sont les phénomènes initiaux de l'automatisme mental... Certains faits de l'automatisme mental sont bien connus (voir Séglas). D'autres phénomènes de l'automatisme mental ont été laissés dans l'ombre : d'une part, les phénomènes verbaux : mots explosifs, jeux syllabiques, kyrielles de mots, absurdités et non-sens ; d'autre part, phénomènes purement psychiques : intuitions abstraites, arrêts de la pensée abstraite, dévidage muet des souvenirs. Telles sont, d'ordinaire, les formes initiales de l'automatisme mental. Les processus idéo-verbaux : commentaires sur les actes et sur les souvenirs, questions, pensées se répondant, sont, en général, plus tardifs. Cet ensemble constitue ce qu'on pourrait appeler le « Petit automatisme mental ».

Nous ne saurions mieux faire, pour donner une idée d'ensemble du « Petit automatisme mental » qu'en reproduire le tableau dressé par Clérambault :

A) Processus positifs subcontinus :

1^o Émancipation des abstraits ;

2° Dévidage muet des souvenirs ;

3° Idéorrhée.

B) Processus positifs épisodiques (accompagnés de sentiments intellectuels) :

1° Ressemblances, fausses reconnaissances ;

2° Étrangeté des gens et des choses.

C) Processus négatifs divers (accompagnés de sentiments intellectuels) :

1° Disparition de pensées, oublis ;

2° Arrêts de la pensée, vides de la pensée ;

3° Perplexité sans objets. Doutes ;

4° Aproxie.

D) Processus mixtes (positifs et négatifs) :

1° Substitution de pensées, oublis et apports ;

2° Peut-être idéorrhée ;

3° Passage d'une pensée invisible.

Dans un autre texte, Clérambault décrit, avec une grande précision clinique et linguistique, les « jeux verbaux parcellaires » ; nous citons ce passage qui présente un intérêt particulier pour notre étude : « Dans le domaine verbal pur, avec ou sans objectivation, notons l'émancipation de phrases articulées mais vides, de fragments de phrases, de mots, de syllabes. Parmi les phénomènes les plus parcellaires, notons les mots explosifs, les mots déformés, les mots biscornus, les kyrielles de mots, les jeux syllabiques variés et les intonations bizarres. Ces jeux syllabiques verbaux ont constamment deux caractères, le goût du saugrenu et le sens harmonique. Ces deux traits sont fréquents dans le travail subconscient (hypnagogisme, insomnie, manie) et dans la pensée primitive (poésie, sorcellerie). Dans la série des phénomènes de l'automatisme mental, ces jeux verbaux parcellaires sont précoces. »

Ces jeux verbaux parcellaires peuvent être ou non objec-

tivés ; ils sont « abstraits » plutôt que moteurs ou auditifs, et ils ne conduisent pas davantage, selon Clérambault, aux hallucinations psycho-motrices qu'aux hallucinations psycho-sensorielles ;

4° L'écho de la pensée et les phénomènes satellites (énonciation et commentaires des actes, écho de la lecture, etc.). Ferdinand Morel (de Genève), défend dans toute une série d'articles une interprétation psycho-motrice de l'écho de la pensée, où il voit, après Clérambault, le modèle et l'origine de toutes les hallucinations verbales (57) ;

5° Phénomènes pseudo-hallucinatoires. Séglas présente l'hyperendophasie et les pseudo-hallucinations comme assez rares dans la constitution et le décours des hallucinations auditives : à la période de début, il admet des interprétations, des hallucinations auditives extériorisées d'emblée, de plus en plus fréquentes et complexes ; lors du décours, des hallucinations auditives de plus en plus rares, mais toujours extériorisées. Au contraire, il y a une affinité particulière entre les pseudo-hallucinations et les hallucinations psycho-motrices, qui s'insèrent, les unes comme les autres, dans les délires d'influence, et qui supposent une atteinte de la personnalité qui va jusqu'au « dédoublement ».

Après avoir considéré les pseudo-hallucinations comme surtout motrices, il a donné une importance plus grande aux pseudo-hallucinations auditives que prolongent un début d'articulation. Ces idées se retrouvent chez Ceillier.

Nous avons vu que la détermination sensorielle ne pouvait être considérée comme un caractère essentiel des pseudo-hallucinations verbales. Quoi qu'il en soit, il suffit de lire la thèse de Petit pour se convaincre de la fréquence des hallucinations parlées et d'autres phénomènes d'automatisme psycho-moteur dans les délires d'influence à base de pseudo-hallucinations aperceptives ; les hallucinations motrices ver-

bales ou communes, y apparaissent épisodiquement, à la faveur d'un paroxysme d'agitation ou d'anxiété, alors que les pseudo-hallucinations constituent le mode d'expression habituel du délire et une manifestation subcontinue ;

6° Phénomènes hallucinatoires : Le fait qui a le plus frappé Ségas, lors de ses premiers travaux, est l'apparition tardive des hallucinations psycho-motrices verbales dans le « délire de persécution systématisé à marche régulière », après les hallucinations auditives, et suivant une marche parallèle à celle du langage. Le fait n'est pas douteux : dans bien des observations, on voit les hallucinations parlées apparaître plus ou moins longtemps après les hallucinations auditives, mais il doit être interprété, non par analogie avec le développement du langage, mais parallèlement à l'évolution de l'état mental et affectif : à ce point de vue il paraît traduire les progrès de la dissociation et de l'excitation.

Période d'état. — Une fois constituées, les hallucinations parlées se reproduisent avec une fréquence et une durée variables. On peut poser, en règle générale, qu'elles sont d'autant plus continues qu'elles sont plus contenues. On peut distinguer :

1° Des formes subcontinues : les paroles imposées sont le plus souvent seulement pensées, senties ou ébauchées ;

2° Des formes intermittentes ;

3° Des formes épisodiques qui sont, souvent, paroxystiques et prennent la forme d'impulsions verbales.

Une formule souvent réalisée est la suivante : 1° phénomènes subcontinus : paroles pensées, senties, ébauchées ; 2° phénomènes paroxystiques : impulsions verbales.

La fréquence et la durée de l'extériorisation motrice est avant tout fonction du degré et de la continuité de l'excitation.

Évolution. — Il faut distinguer deux éventualités, selon que le délire évolue vers la guérison ou la rémission d'une part, la chronicité d'autre part.

On peut comparer le décours des hallucinations parlées à celui des hallucinations auditives. Dans ce dernier cas, le plus souvent, les hallucinations deviennent de plus en plus rares sans cesser d'être extériorisées. Dans quelques cas cependant, on voit le malade passer par une phase de pseudo-hallucinations verbales puis d'hyperendophasie dont il est permis de penser qu'elles se sont succédé dans l'ordre inverse lors de la constitution du délire, si cette constitution a été suffisamment progressive ; Séglas et Barat ont publié de belles observations qui illustrent ce mode d'évolution (77).

Il peut se produire dans le cas d'hallucinations parlées quelque chose de comparable. Des hallucinations auditives ou des pseudo-hallucinations persistent après la disparition des hallucinations parlées ; c'est ce qui peut s'observer au décours d'accidents alcooliques subaigus, de bouffées délirantes, d'une poussée subaiguë au début ou au cours d'un syndrome hallucinatoire psycho-sensoriel, d'accès maniaques ou mélancoliques. Dans d'autres cas, dont Quercy a donné de beaux exemples, le décours des hallucinations parlées à haute voix se caractérise par la reconnaissance d'un monologue jusque-là méconnu. (Quercy, 65 *bis*, II, p. 430 et p. 431.)

Si le délire passe à la chronicité, on peut distinguer trois cas :

a) Les hallucinations parlées cèdent la place à des hallucinations entendues. Ici encore, il se peut que les hallucinations parlées aient traduit un état transitoire d'agitation, d'exaltation émotive ou d'onirisme. Dans d'autres cas, sans que le monologue disparaisse, la conscience en peut diminuer, au point de créer pour l'halluciné et même l'observateur l'apparence d'hallucinations auditives. (Quercy, 65 *bis*, II, obs. XIII) ;

b) Les hallucinations parlées persistent. Cette persistance peut être considérée comme « légitime », lorsque les conditions caractéristiques des hallucinations parlées persistent. Mais des conditions nouvelles ajoutent ou substituent leur action

à celle des conditions initiales, les dispositions à la persévération et à l'exagération. Les hallucinations parlées deviennent subcontinues, abondantes, plus souvent parlées que pensées. Le langage se modifie : on voit apparaître les néologismes, la schizophasie, la glossomanie. Mais la parole du malade exprime encore des contenus idéiques, et conserve à ses yeux son origine extérieure et sa valeur ;

c) L'automatisme verbal pur paraît l'issue commune vers laquelle tendent les hallucinations verbales, auditives ou parlées, après l'extinction de l'activité non seulement hallucinatoire mais idéique. Psittacisme, stéréotypies verbales, salade de mots ne sont plus que des automatismes dépourvus de sens, dont l'analyse psychologique, pour autant qu'elle peut être tentée, ne donne que de pauvres résultats. C'est l'incohérence verbale vraie, démentielle. L'évolution n'est pas toujours aussi complète : elle l'est d'autant plus que la maladie est plus ancienne et que le malade était plus jeune à son début. Dans la démence précoce, cette évolution peut s'accomplir en quelques années. Une psychose hallucinatoire chronique, au contraire, n'aboutit pas nécessairement à la « démence vésanique ».

Le monologue des vieux délirants d'asile paraît une étape intermédiaire. Il survit à l'extinction de l'activité hallucinatoire ; c'est une habitude et, dans quelques cas, un besoin. (Séglas et Barat, 77.)

L'hyperendophasie a une signification différente. Elle est le stade ultime de la régression de l'automatisme verbal délirant ; le malade se réadapte à la conception nouvelle qu'il se fait de sa situation. Chez les vieux délirants, l'automatisme verbal persiste, comme si la disparition des hallucinations avait passée inaperçue. Le comportement hallucinatoire n'est, lui aussi, qu'une persévération illégitime et vide : le malade allègue les hallucinations sans les éprouver. Et le fait est d'autant

plus vraisemblable que la question se pose à propos de malades beaucoup moins avancés, notamment des sujets qui prétendent pouvoir provoquer et entretenir à volonté leurs voix.

Pronostic. — Les classiques attachaient aux hallucinations parlées un pronostic défavorable, parce que, disaient-ils, s'attaquant à la cénesthésie et au sens musculaire, bases de la personnalité, elles conduisent à son dédoublement ; ils montraient les hallucinations parlées apparaissant tardivement au cours du « délire chronique de persécution à marche régulière » ; même dans des états habituellement transitoires, comme la mélancolie, ils y voient un indice de chronicité : elles surviennent chez des sujets déséquilibrés, suggestibles, de volonté débile. Ce pronostic doit être un peu atténué ; les hallucinations parlées n'acquièrent toute leur signification qu'encadrées dans le tableau clinique et l'évolution dont elles font partie ; on peut les observer au cours d'accidents alcooliques subaigus, de bouffées délirantes ; mais le terrain d'alcoolisme chronique, de dipsomanie ou de dégénérescence subsiste, et, d'autre part, même transitoires, les phénomènes d'influence et les hallucinations parlées témoignent d'une atteinte plus profonde que les hallucinations auditives. Si bien qu'avec cette réserve, on ne peut qu'admettre l'opinion classique, et souligner la corrélation qui existe entre les hallucinations parlées et un état mental spécial, dont elles sont l'expression plutôt que la condition ; nous avons, à propos de diverses observations, souligné les caractères de cet état mental : l'excitation fréquente, la dissociation incontestablement plus accusée que chez la plupart des hallucinés auditifs ; au point de vue nosographique, la psychose d'influence survient plutôt que la psychose hallucinatoire chronique ; chez la femme, elle est plutôt antérieure que postérieure à la ménopause ; dans la démence précoce, les idées d'influence sont très fréquentes ; la psychose d'influence est le plus souvent une psychose paranoïde.

CHAPITRE V

ESSAI D'INTERPRÉTATION

Le problème de la pathogénie des hallucinations parlées se pose à nous sous un aspect très différent de celui sous lequel l'ont envisagé Ségla et les classiques. Nous avons vu que Ségla avait eu deux attitudes. Ses premiers efforts pour décrire et interpréter les hallucinations psycho-motrices verbales ont été accomplis dans la perspective du parallélisme psycho-physiologique, de la psychologie associationniste et des idées de Charcot sur le langage et les aphasies : de la pseudo-hallucination motrice verbale à l'impulsion verbale, il y a progression continue ; à tous les degrés, la mobilisation d'images psycho-motrices verbales par l'irritation primitive ou secondaire du centre moteur verbal épuise la pathogénie ; l'hallucination psycho-motrice verbale est une, et cette unité est interne, homogène ; le dédoublement de la personnalité lui est secondaire. Plus tard, Ségla a atténué ce mécanisme radical : d'autres facteurs interviennent, que l'irritation mécanique ; toute hallucination verbale est un délire ; elle est subordonnée à un mode automatique de fonctionnement de l'esprit ; mais, même avec ces corrections, l'hallucination psycho-motrice verbale lui apparaît encore comme un phénomène psychomoteur élémentaire, isolable dans la conscience morbide. Nous avons montré combien cet isolement est difficile et

artificiel ; nous avons souligné l'hétérogénéité de groupements dont l'unité, cependant, est une donnée immédiate de la conscience morbide : par exemple, si un malade perçoit des paroles dans ses pieds, l'unité du processus sensitivo-verbal est certainement externe, non interne, bien qu'elle soit profondément ressentie par le malade ; d'autre part, déjà complexe en elle-même, l'hallucination parlée n'est pas dissociable de l'ensemble délirant dont elle fait partie ; une analyse qui se veut concrète se doit de la saisir dans la totalité et l'intégrité de ses conditions. De ces deux aspects du problème, le premier, celui de la complexité et de l'unité internes, a été largement traité ; nous ne pouvons que compléter notre étude en traitant du second, qui retiendra notre attention. Après avoir fait la part des superstructures du délire, nous nous efforcerons de préciser les rapports des hallucinations parlées avec les conditions affectives d'une part, l'état de l'intelligence et de la conscience d'autre part.

I. — LES SUPERSTRUCTURES

Nous avons vu que dans la plupart des cas, le sentiment d'aliénation de la parole propre, que nous opposons au sentiment normal de son appartenance, était déterminé : le malade paraît éprouver des impressions que l'on peut distinguer des explications qu'il en donne ; ce n'est pas sa volonté, sa pensée, son langage, sa parole ; ce n'est pas lui qui remue ; il éprouve des sensations étranges. A y regarder de plus près, on s'aperçoit que ces pensées, ce langage, ces paroles, ces mouvements, ces sensations ne sont pas si étranges, et ressemblent d'une façon étonnante à ceux que le malade s'attribue. Dans quelques cas, aucune donnée phénoménologique ne paraît distinguer la parole aliénée de la parole normale ; le malade sait, d'emblée, que ce n'était pas lui

qui parlait, comme s'il l'avait décidé, sans que l'on puisse saisir des données concrètes qui déterminent et motivent sa décision¹. C'est de cette ontologie délirante que nous voudrions d'abord préciser le rôle.

I. *Le récit et le langage*. — Le diagnostic des phénomènes psychopathologiques repose essentiellement sur le récit et le comportement des malades. C'est ainsi que l'attitude auditive, la réponse à des interlocuteurs invisibles mettent sur la voie des hallucinations auditives verbales, ou confirment leur existence lorsque le malade les cache, les nie, et que le médecin les considère comme probables. Plus souvent, ce sont les déclarations mêmes du sujet qui font le diagnostic, et le comportement reste implicite. Il en est de même des hallucinations parlées, lorsque les paroles imposées sont seulement pensées ou senties. Au contraire, lorsque l'articulation est ébauchée ou complète, le diagnostic se fait sur le comportement, bien que l'on recoure, en fait, aux récits d'autres malades qui éclairent le comportement que l'on a à interpréter, et qu'il faille toujours, autant que possible, en contrôler la première interprétation par le récit de l'intéressé. Ici, cependant, on peut dire que le comportement est explicite : le sujet est à la fois l'acteur et le récitant. Mais le comportement est influencé par les croyances du malade, par le récit qu'il se fait à lui-même. Le récit à son tour coordonne et s'intègre les éléments plus ou moins autonomes du comportement. Ainsi se réalise une adéquation sous l'apparence de laquelle il est difficile de restituer la teneur primitive et les connexions intimes des actions du malade, dont le propre du récit est de nier la réalité au profit d'actions étrangères. « Entendre » est l'expression commune par laquelle les malades

1. Cf. p. 54, l'observation du malade qui *sait* quand les autres parlent et quand il parle lui-même, bien que la voix reste la même.

désignent à la fois leurs perceptions verbales les plus légitimes et toutes leurs hallucinations verbales, que la matière alléguée en soit mentale, sonore, sensitive, motrice ; c'est qu'entendre désigne leur attitude réceptive à l'égard de paroles qu'ils n'ont pas voulues ni attendues, et n'implique nullement la perception d'un son, à tel point que Cramer a pu parler des hallucinations auditives d'un sourd-muet : c'étaient des hallucinations parlées (20).

II. *Les explications.* — Entre le temps du récit et celui de l'événement morbide s'interpose une phase de perplexité et de réflexion qui entre pour une part importante dans les explications que nous transmet le récit. Les idées d'influence et de possession n'ont en elles-mêmes rien de morbide ; l'immense majorité des hommes admet la possibilité d'agir à distance sur un esprit, par un pouvoir spirituel ou une action matérielle ; à quel aliéniste, quel psychologue, quel philosophe n'a pas été posée sérieusement la question : « Croyez-vous à la transmission de pensée ? » Parmi toutes les ressources que lui offrent la magie, la métaphysique, le spiritisme, la physique, le malade choisit, suivant son intelligence et sa culture, les plus adéquates aux phénomènes qu'il éprouve. Cette adéquation n'est pas si parfaite qu'il y ait entre les explications et l'expliqué une convenance spécifique et exclusive ; les mêmes explications conviennent à des phénomènes différents, les mêmes phénomènes peuvent recevoir des explications différentes. Il se peut encore qu'on ne saisisse aucun phénomène, mais seulement le pressentiment, l'imminence d'expériences que le malade ne réalise pas. Enfin la réaction explicative peut manquer, ou se trouver réduite au minimum : c'est ainsi que dans certains syndromes d'influence symptomatiques d'une démence précoce, on voit le malade se laisser envahir passivement par l'automatisme en ébauchant à peine une réaction délirante ; mais celle-ci, si elle ne se développe pas en

explications secondaires, n'en est pas moins présente dans l'intimité de l'expérience morbide : il y a tout de même prise de position, insertion des éléments discordants dans un champ cohérent. Si donc les explications secondaires n'expliquent pas au psychologue ce qu'elles expliquent au malade, et si elles se laissent assez facilement dissocier de ce qui est plus profond et immédiat, il est plus difficile d'isoler les explications primaires que sont les réactions immédiates de la conscience à tout événement extérieur ou intérieur, normal ou morbide.

III. *L'Introspection.* — En deçà des formules dans lesquelles se cristallise le délire et des explications par lesquelles il se systématise, on peut essayer de définir une expérience immédiate et simple, événement pur et premier émergeant du vide, par rapport à quoi tout le reste n'est qu'artifice et construction. Mais il semble que l'esprit pénètre l'irrationnel en le voyant naître en lui. Une telle expérience n'est par suite qu'une fiction que l'esprit absent ne peut atteindre mais dont l'analyse, en s'attaquant au procédé même de la prise de conscience, peut essayer de reconstituer la nécessité, l'imminence et l'irruption. Il existe, à cet égard, un contraste entre l'hallucination auditive, perçue d'emblée comme une parole étrangère, et l'hallucination parlée, où la conscience au moins partielle de l'activité propre paraît témoigner d'un effort pour s'examiner et se connaître, d'une réaction introspective.

* Dès 1902, Vaschide et Vurpas (93 et 94) décrivaient un délire par introspection mentale et signalaient la genèse toute psychique de certaines hallucinations motrices verbales ; dans une observation très étudiée, ils décrivaient une malade qui faisait des mouvements des lèvres pour parler les idées des personnes parlant en elle-même, et répondait pour son compte à ces voix qu'elle croyait d'origine extérieure. Commentant ce cas, les auteurs s'efforçaient de montrer que les hallu-

cinations psycho-motrices provenaient de « l'intropection délirante du langage intérieur » et des mauvaises conditions de l'intropection ; quand l'image devenait assez forte apparaissait l'extériorisation motrice. Logre (50) a exposé une interprétation analogue des délires d'influence : à la base il y aurait un état d'inhibition ou d'excitation idéique, verbale et motrice (excitation maniaque ou confusionnelle ; mentisme asthénique, impulsions obsessives, catatonie hébéphrénique) dont le malade remarque le caractère à la fois conscient, involontaire et étrange ; selon un processus instinctif ou réfléchi, il recourt à des explications de mode paranoïaque, et aboutit ainsi aux idées d'influence, de suggestion et de possession ; à l'atteinte de la « cœnesthésie psychique » et du sens de la liberté, l'intropection délirante réplique par le sentiment de l'intrusion d'une personnalité étrangère dans le monde intérieur, par l'hallucination psychique.

Il faut bien distinguer l'intropection de la prise de conscience : on tend trop souvent à les confondre, parce que la première peut avoir pour résultat la seconde, ou que la seconde amorce la première.

L'intropection n'est pas caractérisée par la nature des perceptions qu'elle comporte, mais par une attitude d'esprit, par l'orientation du sujet vers le problème psychologique et la part qu'il prend à sa solution. Très souvent on essaye de la provoquer au cours de l'examen d'un psychopathe, généralement avec de médiocres résultats. Spontanée, elle est rare. Il se peut, d'ailleurs, que le récit des malades, qui expose des résultats, en masque l'intervention. Il y a cependant des sujets qui paraissent découvrir et explorer leur parole intérieure à la faveur de la maladie et croient parfois à une initiation. Chez la malade de Vaschide et Vurpas, il s'agit moins, semble-t-il, d'intropection du langage intérieur que de triage des pensées : c'est son état mental que la malade

cherche à analyser et expliquer, ce sont ses idées parmi lesquelles elle veut discerner celles auxquelles elle accorde et celles auxquelles elle refuse son assentiment ; de telle sorte que l'aliénation de la parole propre, virtuelle et actuelle, apparaît plutôt comme un effet secondaire d'une discrimination opérée parmi les pensées : la malade rejette comme étrangères à son moi, les pensées, surtout érotiques, en opposition avec ses tendances morales, par un mécanisme assez semblable à ce que les psychanalystes appellent la projection.

Cette intervention du raisonnement et de l'explication n'appartient pas à l'introspection en tant que telle. Dans la mesure où elle reste introspection, elle paraît moins un facteur de croyances délirantes que de doute. La description des phénomènes, lorsque intervient l'introspection, n'est plus présentée sous la forme d'une affirmation brutale, mais avec des réserves et des nuances : « c'est comme si », disent les malades, ou encore : « j'ai l'impression que. » D'autre part, il y a dans la réaction introspective une tendance à la subjectivation qui s'accuse dans ce que Pierre Janet appelle très heureusement la subjectivation intentionnelle, par opposition à l'objectivation sociale intentionnelle ; un exemple de ce processus est donné par les idées de culpabilité et les auto-accusations des mélancoliques ; la subjectivation intentionnelle peut se produire à l'occasion d'états organiques : un malade atteint d'une tumeur cérébrale se reproche comme une faute morale sa torpeur et son inactivité ; un sujet présentant un spasme de torsion prétend remuer volontairement pour mieux fixer ses sensations et ses pensées. L'introspection apparaît donc comme un facteur d'auto-critique, ou tout au moins de subjectivation.

La conscience d'états que, faute d'un meilleur terme, on est bien forcé d'appeler internes, ne l'implique nullement. Elle est commune, n'appartient pas davantage aux phéno-

mènes moteurs qu'aux phénomènes mentaux, et, de plus, en ce qui concerne les hallucinations parlées n'est un caractère ni constant, ni nécessaire : on voit nier le monologue le plus extériorisé au profit d'hallucinations auditives. Le contraire entraînerait à un paradoxe. La conscience du pathologique, au cours d'une affection mentale, est considérée comme d'un excellent pronostic : « ...le meilleur signe de guérison, en psychiatrie, étant, comme on le sait, écrit Logre, la reconnaissance exacte de l'état morbide antérieur » (50). Or, on admet, à juste titre semble-t-il, que les hallucinations psycho-motrices verbales témoignent d'une désintégration mentale plus poussée que celle dont témoignent les hallucinations auditives verbales. Un symptôme plus grave qu'un autre s'accompagnerait donc d'une conscience de l'état morbide que l'autre ne comporte pas. Mais la difficulté n'est que verbale ; ce n'est pas de la même conscience qu'il s'agit dans les deux cas ; la conscience qui fait la guérison est une conscience réfléchie et critique ; la conscience qui accompagne l'aliénation de l'activité propre est une conscience immédiate, qui, dans certaines conditions, peut disparaître.

En résumé, il ne semble pas que l'introspection, *sensu stricto*, soit une condition des hallucinations parlées. L'auto-analyse vraie, si elle peut abaisser le seuil de l'expérience morbide, paraît au contraire élever celui du délire.

Dans leur ensemble, les réactions que nous groupons sous le nom de superstructures, conduite du récit, conduite de l'explication, conduite de l'introspection paraissent jouer le rôle suivant : pour autant que l'on peut distinguer des réactions immédiates, diffuses et confuses, les réactions plus intellectualisées qui leur font suite, celles-ci paraissent exercer sur le développement du délire une réaction plastique double : d'une part le malade tend à reproduire les expériences faites en des moments féconds ; d'autre part, il tend à les dévelop-

per : des pensées imposées, il passe aux paroles imposées, et des paroles intérieures aux paroles actuelles ; l'activité propre tend à être méconnue dans une sphère de plus en plus étendue.

II. — LES SENTIMENTS

Si l'on abstrait d'un délire d'influence les aspects affectifs qu'il comporte, on est amené à dégager trois sortes de phénomènes. En premier lieu, il peut y avoir avantage à décrire le délire même en termes de sentiments qui semblent traduire avec une déformation minima ce qu'éprouvent effectivement les malades : un sentiment d'influence est plus diffus qu'un phénomène d'influence, qui n'est qu'un symptôme et non un un processus, moins intellectuel que l'idée d'influence qui en représente une traduction conceptuelle, verbale, et par conséquent socialisée ; à côté du sentiment d'influence, il y aurait lieu de décrire d'autres sentiments délirants : notamment les sentiments de dépersonnalisation, d'automatisme, de possession. En second lieu, il est patent que les influencés s'écartent des tonalités émotionnelles moyennes ; une excitation au moins légère est chez eux habituelle ; sur ce fond, ils présentent des paroxysmes d'excitation euphorique et joyeuse, et d'agitation anxieuse ; au point de vue physique, on constate chez eux les modifications neuro-végétatives que comportent ces états. Enfin, la structure même du délire est affective autant qu'intellectuelle ; on parle habituellement d'idées de persécution et de protection, de grandeur ou d'indignité ; mais à la base de ces représentations on décèle des sentiments d'amour et de haine, d'orgueil et d'humilité, de jalousie et de timidité, que l'on peut appeler, avec Pierre Janet, les sentiments communs.

Le rôle de ces trois ordres de sentiments a été diversement

apprécié. Aussi pourrions-nous poursuivre parallèlement leur étude et celle des théories qui les font intervenir.

I. *Les sentiments du corps propre et les théories de la cénesthésie.* — Une théorie déjà ancienne fait reposer la personnalité sur la cénesthésie ou sensibilité commune. Les altérations de la cénesthésie expliqueraient les altérations de la personnalité. Séglas par exemple pensait que si les hallucinations psycho-motrices verbales avaient une action dédoublante sur le moi, c'est qu'elles mettaient en cause le sens musculaire, lui-même élément capital de la cénesthésie. Mais la plupart des auteurs qui font intervenir la cénesthésie n'invoquent pas le plus souvent des phénomènes élémentaires ; leur propre est au contraire de décrire des sentiments globaux et diffus, qui se développent dans une zone subconsciente intermédiaire au physique et au moral. Pour Mignard par exemple, le sentiment d'influence traduit l'emprise produite sur la conscience par l'entraînement neuro-moteur, lui-même dérivé, au moins dans certains cas, de réactions émotionnelles excessives. Guiraud (33) critique la notion d'entraînement neuro-moteur ; pour lui, à la base de ces sentiments d'emprise, il y aurait une « cénestopathie dystonique » : le défaut d'intégration au moi de la cénesthésie pénible, de l'inquiétude subanxieuse serait conditionné par une hétérochronaxie entre les neurones thalamo-corticaux terminaux, dont l'activité conditionnerait le sentiment de la spécificité personnelle, et les neurones initiaux porteurs des impressions centripètes. Mourgue a également tenté d'interpréter biologiquement et neurologiquement la dépersonnalisation ; il rappelle les sentiments d'aliénation d'un membre décrits par Head et Holmès dans des lésions du thalamus, par Reichard dans une atteinte bulbaire ; dans tous ces cas, selon Mourgue, ce serait le système organo-végétatif, dont il existe une représentation diffuse aux différentes hauteurs du névraxe, qui serait en jeu ; une

perturbation organo-végétative brusque, une rupture d'équilibre entre la « sphère de l'instinct » et la « sphère de la causalité », se traduirait au niveau conscient par la dépersonnalisation et la division du psychisme. (Mourgue, 59, p. 206 et p. 253.) On saisit la parenté de ces théories qui mettent toutes à la base des sentiments d'emprise des perturbations de la perception du corps propre et s'efforcent de les interpréter biologiquement. Mais il y a, semble-t-il, une grande distance entre la perception du corps propre ou la cœnesthésie, et, d'autre part, le sentiment de l'unité et de la spécificité du moi : « Est-il possible, écrit Janet, de parler de cœnesthésie à propos de phénomènes aussi complexes. Il ne s'agit pas ici de sensibilités élémentaires, mais d'appréciations beaucoup plus élevées dans les récits des phénomènes. Il faudrait nous montrer que l'histoire de notre personne dépend de sensations cœnesthésiques. C'est bien douteux, car nous rattachons à notre propre histoire même les périodes où nous sommes très malades, et on ne nous montre aucunement chez les persécutés des sensations spéciales grâce auxquelles ils se rattachent à l'histoire des autres. D'ailleurs, j'ai dit combien il fallait se méfier de ces mots vagues de cœnesthésie et de cœnesthopathie. » (Pierre Janet, 39 et 40.)

II. *Le ton affectif des actions et leur objectivation sociale intentionnelle.* — Pour Pierre Janet, la matière première de l'étude des névroses et des psychoses est représentée par les récits des malades qui ont, dans chaque maladie, une allure particulière. Chez les persécutés, leur caractère spécifique, surtout à mesure que progresse la maladie, est d'être une description générale de tout ce que le sujet croit subir ; jamais on n'assiste — sauf dans des cas exceptionnels — à la scène de persécution ou d'hallucination : le malade raconte le mal qu'on va lui faire bientôt, et surtout le mal qu'on vient de lui faire dans le passé récent. C'est la période comprise entre l'événement et le récit que le psychologue

doit explorer. Cette période est occupée par « les spéculations bien dangereuses » auxquelles se livrent les malades : le niveau de leur intelligence est abaissé, ils perdent la distinction entre les sentiments internes et les sentiments externes ; « ils ont une tendance naturelle à l'intentionalisme et à l'artificialisme », d'où une intellectualisation dont les effets sont multipliés par le langage. Otons toute cette gangue : nous ne trouvons aucune atteinte des tendances primaires, mais des modifications des sentiments, c'est-à-dire des événements conscients dont le rôle est de régler les actions : « L'erreur consiste en ce que le malade ne rattache pas à sa propre histoire un événement qu'il rattache à l'histoire d'un autre... C'est une action qui a un ton affectif particulier, et il faut rechercher quel est le ton qui détermine d'une manière aussi systématique l'objectivation sociale. »

Chez les persécutés existent d'abord des sentiments communs à tous les hommes, mais particulièrement intenses chez eux : l'amour et la haine, la jalousie, l'intimidation qui serait très développée dans la jeunesse des malades et jouerait un rôle important dans la formation du délire. D'autres sentiments leur appartiennent en propre : les sentiments d'emprise à côté desquels il faut ranger les sentiments d'imposition, les sentiments de privation et de vol, les sentiments de pénétration, l'écho de la pensée, le vol de la pensée, et le devinement de la pensée. Sous toutes ces variétés on retrouve des sentiments plus généraux et plus simples, liés aux actes dont leur rôle est de régulariser l'exécution, l'effort et la fatigue, la joie et la tristesse, qui ont, au point de vue du caractère d'appartenance de l'acte, une valeur différente : l'effort et la fatigue accompagnent l'acte lui-même et attirent l'attention sur son aspect subjectif et personnel ; la joie ou réaction du triomphe, la tristesse ou réaction de l'échec viennent seulement le couronner, et l'attention est attirée sur l'objet

même de l'acte, qui a été atteint ou perdu ; c'est ainsi que les obsédés, qui ont la manie de l'effort, sont des subjecteurs, que les mélancoliques déprimés, et plus encore les anxieux, que les paralytiques généraux sont des objectiveurs. Or la plupart des actions sociales, celles que met en cause le délire de persécution, sont des actions doubles : obéir, par exemple, est le corrélatif de commander ; l'action est une, mais le rôle de celui qui commande et le rôle de celui qui obéit ne sont pas les mêmes : le premier pousse l'action jusqu'à la consommation de la phase initiale et laisse la seconde à la phase d'érection, l'autre met à la phase de consommation la seconde partie de l'acte et a laissé la première à la phase de l'érection. Si l'on combine ces deux ordres de données, on comprend que les réactions de triomphe donnent naissance à des idées et à des croyances de commandement obéi, les réactions d'échec et de tristesse à des idées et à des croyances d'obéissance à un commandement.

Cette conclusion comporte des applications très étendues, tout acte social étant une combinaison de l'acte que fait le sujet et de l'acte que fait le « socius », et s'applique, en particulier, au langage. Lui aussi, est un acte double, divisé en deux parties qui sont chacune dans un individu différent : l'acte de parler, et l'acte « d'être parlé » (par analogie avec l'anglais « to be spoken to ») ; la question est un commandement, la réponse une obéissance. D'autre part, le questionneur n'est pas absent pendant la réponse ; il l'écoute, il la note ; et le questionné n'est pas passif pendant la question : il la sait, il se la représente, mais il ne la répète pas et la laisse à la phase initiale de l'action, l'érection. Nous retrouvons ici, sous une forme plus psychique que physique, la duplicité de la fonction langage que nous avons discutée dans des pages précédentes : « L'enfant lit de sa bouche en même temps que des yeux, le primitif entend de bouche en même temps

que d'oreille. L'acte auditif verbal est un acte de prononciation des paroles en même temps qu'on les entend, comme l'acte de la lecture est une prononciation des mots en les voyant. Chez l'homme éduqué cette prononciation des mots entendus ou lus semble disparaître, mais elle persiste au fond, et nous avons en nous une érection de la lecture à mi-voix et une érection de la prononciation des mots qu'on nous dit. Il y a donc en somme, dans le langage, une action double, celle que nous faisons nous-mêmes et celle que nous faisons faire au socius en la représentant au dedans de nous-mêmes. »

Ce caractère double des actions sociales et, en particulier, du langage va nous aider à comprendre les hallucinations verbales. Envisageons le cas où le malade croit et dit entendre des injures. Que se passe-t-il en réalité ? Le persécuté est ambitieux, comme cela se manifeste plus tard par des idées de grandeur ; il aspire à l'estime et à l'admiration des autres hommes. Il essaye de faire un acte qu'on ne distingue pas assez, « l'acte de valorisation sociale », c'est-à-dire de se situer dans la hiérarchie sociale, de se faire estimer et admirer. Mais l'exécution de cet acte est troublée, : l'acte de valorisation sociale est un acte difficile, et le persécuté est faible socialement ; aussi, arrive-t-il, à ce propos surtout, à des échecs psychologiques, et il en éprouve de violents sentiments d'angoisse. Appliqués à l'acte de valorisation sociale, ces sentiments d'angoisse donnent naissance à des sentiments d'humiliation, comme appliqués à l'acte volontaire ils étaient des sentiments d'obéissance. Le malade pense à ces humiliations, s'en représente les expressions injurieuses, les formules, et, grâce à l'action objectivante de l'angoisse, au sentiment d'échec subi, s'oriente vers l'aspect passif de l'action de l'injure, « l'être injurié ». Or, « se représenter une formule verbale injurieuse, sentir qu'elle nous est imposée, que nous lui obéissons puisque nous sen-

tons l'humiliation, sentir qu'en nous la représentant nous sommes parlés, qu'elle vient du dehors, d'un autre homme, n'est-ce pas ce qu'on exprime ordinairement par le mot « entendre » ?

On est ainsi conduit tout près de l'explication des hallucinations psycho-motrices verbales, car le sentiment d'hallucination est, au fond, identique au sentiment d'imposition. Le persécuté psycho-moteur se plaint beaucoup du sentiment d'imposition, tandis que le persécuté psycho-sensoriel tourmenté par les hallucinations de l'ouïe ne l'exprime pas. Séglas se demandait si l'hallucination complète avec objectivation spatiale ne libérait pas l'halluciné du sentiment d'imposition. Remarque juste, accorde Janet, mais qu'il faut exprimer autrement : le malade qui a le sentiment d'hallucination continue à éprouver le sentiment d'imposition, mais il lui donne une autre forme : appliqué aux actes volontaires, ce sentiment est exprimé par les mots obéir, être commandé ; appliqué au langage, il devient le « être parlé », lequel n'est pas usuel et est exprimé par le mot « entendre », lequel fait penser à des phénomènes de perception tout différents.

Le fait que l'hallucination verbale n'est pas une perception est encore mis en évidence par l'absence du caractère « irruptif » de la perception. Malgré leurs allégations, les persécutés n'entendent rien de nouveau dans leurs voix : ce sont toujours les mêmes mots, les mêmes insultes auxquelles les malades pensent toute la journée, qu'ils se répètent continuellement, qui expriment leur sentiment continu. Cette préparation interne de l'hallucination devient bien visible dans l'hallucination psycho-motrice, où le malade prononce lui-même tout bas les mots qu'il croit entendre à l'extérieur. Or, nous n'avons pas besoin de parler nous-mêmes et de percevoir nos paroles de quelque manière, pour entendre la parole des autres ; le fait que le mouvement est ici visible nous montre bien que

l'hallucination est une parole parlée, et non une parole entendue. Mais le mouvement visible diminue de plus en plus dans la parole intérieure quoique le sujet continue à faire l'acte de la parole. Il est donc bien probable que « cette parole intérieure » continue d'exister dans l'hallucination auditive complète, et que le sujet prononce intérieurement ces mots « vache, cochon, putain » qu'il entend à l'extérieur.

Si le sentiment d'hallucination n'est qu'un déguisement du sentiment d'imposition, si l'acte de la parole est présent dans l'hallucination auditive, la distance diminue entre l'hallucination sensorielle et l'hallucination motrice verbale. Entre elles il n'y a pour ainsi dire qu'une différence de *temps*. L'hallucination auditive n'a pas la congruence de la perception auditive avec les circonstances environnantes, et surtout le caractère présent de la perception ; le persécuté se croit rarement injurié par une personne présente qui lui parle correctement ; c'est plus tard que la distinction entre « l'injurier » et l'« être injurié » devient délicate ; aussi est-il rare d'assister aux hallucinations auditives : on ne les connaît que par un récit qui porte sur des événements localisés dans le passé récent, ou présentés comme des faits coutumiers sans localisation précise dans le temps. Dans le cas des hallucinations psycho-motrices verbales, il y a, au contraire, « présentification », parce que le malade fait des mouvements des lèvres, de la langue, du larynx ; on fait disparaître les hallucinations psycho-motrices si l'on force le malade à compter tout bas, ce qui supprime le point de départ actuel de l'hallucination en écho.

Le sentiment de dédoublement, lui non plus, n'a rien de spécifique, sinon l'intensité qu'il atteint dans les délires d'influence. Il apparaît à l'état d'ébauche chez le psychasthénique : ici, ce qui domine, c'est l'impossibilité de choisir et de se décider ; l'opposition interne reste une opposition

d'idées et la dualité personnelle qui la formule n'est qu'un symbole conçu comme tel. Dans la névrose hystérique, l'atteinte de la personnalité, plus grave, met en jeu, non seulement des idées, mais des actions sociales, des souvenirs et des opérations biographiques. Chez le persécuté, le sentiment de dédoublement s'exprime par les formules les plus accentuées et détermine le plus haut degré de croyance ; les personnages internes ne s'ignorent plus, ils deviennent hostiles ou favorables l'un à l'autre ; c'est que les activités en cause sont plus nombreuses et plus sociales : l'acte du commandement, l'acte d'être seul, l'acte du secret et de la pensée, l'acte de valorisation sociale, etc. Par le nombre et par le niveau des activités en jeu, par leur nature sociale, par la perturbation des sentiments qui les régularisent, se trouve atteint et expliqué le fait central de l'objectivation sociale intentionnelle.

Par essence, la théorie de Pierre Janet se relie à des conceptions classiques ; pour Maine de Biran, déjà, c'est dans l'effort que la personnalité et la liberté se saisissent ; l'acte habituel, automatique, accompli sans effort, est toujours au contraire, à quelque degré, un acte dépersonnalisé. Pierre Janet a montré que cette corrélation avec le degré d'appartenance à la personne pouvait être étendue à d'autres sentiments. Mais son originalité est surtout dans la conception qu'il se fait de ces sentiments fondamentaux, qu'il décrit comme des régulations des actions. L'objectivation intentionnelle des hallucinations apparaît sous un jour tout à fait nouveau, comme un processus d'auto-régulation, et non comme un caractère intrinsèque incompréhensible.

Une telle entreprise, lorsqu'elle ne suit point pas à pas l'observation ne peut manquer de paraître quelque peu artificielle ; elle ne laisse pas de faire penser à la dialectique synthétique dont certains philosophes ont essayé de faire sortir la pensée et le monde ; bien souvent, en lisant ces pages,

on pense à la mécanique des passions telle que Spinoza l'a démontée dans *L'Éthique*. Un tel risque est inévitable, mais l'auteur l'a délibérément encouru et s'est clairement expliqué à ce sujet : « Sans doute la description de ces sentiments est difficile, car nous sommes forcés de préciser outre mesure par le langage dont nous ne pouvons nous dispenser. Mais nous devons toujours nous souvenir que cette intellectualisation tient à notre description, qu'elle est loin d'exister aussi nette dans l'esprit des malades. »

Il est moins facile de comprendre pourquoi Pierre Janet n'admet pas chez les malades de troubles de l'intelligence ni de troubles des tendances primaires. En ce qui concerne l'abaissement du niveau de l'activité psychique, il paraît tout à fait dans le sens de la doctrine de Janet de lui faire jouer un rôle ; et Janet admet en effet un abaissement de l'esprit des malades au niveau asséritif, c'est-à-dire au niveau où les croyances sont déterminées par les sentiments, des dispositions à l'artificialisme et à l'intentionalisme, la confusion entre les sentiments internes et les actions externes, mais il les mentionne d'une façon générale, sans leur assigner une place définie dans l'ensemble du processus. D'autre part, il signale chez les persécutés l'intensité particulière des sentiments communs, l'amour, la haine, la jalousie, l'intimidation. Il semble donc que la théorie de Janet laisse trop dans l'ombre les conditions intellectuelles et les conditions affectives profondes du délire.

Enfin, il entend le délire d'influence dans une acception très large, et il n'explique qu'en la niant la différence qui paraît exister cliniquement et psychologiquement, entre la forme psycho-motrice des délires de persécution et de protection et la forme psycho-sensorielle, et, parmi les hallucinations verbales, entre les hallucinations entendues et les hallucinations parlées.

III. *Les sentiments et les conflits affectifs.* — Il est patent que l'amour et la haine, la jalousie, l'orgueil, la honte de soi et d'autres sentiments encore tiennent dans les délires hallucinatoires une place considérable ; tous les auteurs sont d'accord sur ce point. Les divergences commencent lorsqu'il s'agit de déterminer leur valeur pathogénique et leurs rapports avec les processus délirants, en l'occurrence avec les hallucinations verbales. Pour les uns, ces sentiments ne font que leur fournir un contenu ; pour les autres, ils déterminent non seulement le contenu des hallucinations, mais encore, au moins partiellement, leur genèse.

La première opinion est défendue, sous sa forme la plus accentuée, par Clérambault. Pour cet auteur, l'hallucination verbale à contenu idéo-affectif ne représente pas une étape initiale de la maladie. Au début surviennent des phénomènes verbaux parasites anidéiques et de tonalité affective neutre. Le malade peut réagir en persécuté, à la longue, en raison de tendances persécutives communes, ou plus précocement à la faveur d'une constitution paranoïaque préexistante ; à ce stade, il y a seulement convergence entre le processus hallucinatoire mécanique et l'expression de contenus idéo-affectifs.

Pierre Janet fait remarquer, contre la notion des hallucinations verbales anidéiques, que dès le début il y a objectivation sociale intentionnelle, et que le malade, lors même qu'il n'entend qu'une scie verbale dépourvue de signification, prête à son interlocuteur supposé des interprétations hostiles ou à tout le moins taquines. Bien que cette notion ne soit pas explicitement énoncée par lui, on peut dégager de son exposé l'idée que les sentiments jouent un rôle dans la genèse des crises d'emprise : le désir d'être admiré et honoré par exemple, dispose le malade à accomplir les actes sociaux que sa timidité, par ailleurs, lui rend difficiles. Les sentiments

communs, pour Pierre Janet, jouent donc un rôle effectif dans la genèse des hallucinations ; leur action ne se borne pas à en fournir le contenu et à leur constituer un terrain favorable. Par là Pierre Janet se rapproche des doctrines qui font intervenir la constitution mentale des malades et leur biographie.

L'explication des hallucinations et du délire par un trouble foncier du caractère est ancienne. J.-P. Falret voyait déjà dans le délire l'épanouissement de ses malformations, et dans les hallucinations l'épanouissement du délire : « On conçoit que vivement préoccupé de ces idées le malade les formule dans sa tête par des paroles. » Cette opinion a été bien exposée par Eugène-Bernard Leroy dans son livre sur le Langage (44) : « Cette façon de concevoir le délire de persécution explique pourquoi ils ont surtout des hallucinations de l'ouïe, question dont bien des auteurs furent embarrassés : ce qu'ils ont surtout, ce ne sont pas des hallucinations de l'ouïe, ce ne sont même pas, à proprement parler, des hallucinations verbales, ce sont des hallucinations attribuées à une personne vivante ; ils ont une irrésistible tendance à attribuer tout ce qui se passe autour d'eux à une volonté étrangère, en opposition directe avec la leur ; cela est tout à fait conforme à la nature de leur caractère s'ils sont par hypothèse des individus qui se défendent trop ; l'hallucination rapportée à des cadres extérieurs, cadre avec le fond de leur caractère, et avec le fond de leur délire, les trois choses vont parfaitement bien ensemble et s'expliquent les unes par les autres. »

En d'autres termes, à l'origine des hallucinations verbales, il y aurait une constitution paranoïaque.

Cette opinion se heurte à deux objections. La première est que les délires paranoïaques les plus typiques ne comportent pas d'hallucinations ; classiquement, on ne signale que des hallucinations épisodiques. La seconde est que les éléments de la constitution paranoïaque sont souvent absents, comme

Clérambault se plaît à le souligner, chez les persécutés hallucinés. Il faut donc autre chose pour déterminer l'hallucination verbale que des dispositions paranoïaques, encore que l'un des traits les plus caractéristiques de l'hallucination verbale, l'objectivation intentionnelle, soit une réaction de mode paranoïaque, et que par conséquent les délires hallucinatoires chroniques rentrent dans le cadre d'une paranoïa élargie.

Les psychanalystes se sont également efforcés de rattacher les hallucinations à des sentiments, sentiments liés non à la constitution mentale mais à l'histoire individuelle du malade : l'hallucination ne serait qu'un mode de retour du refoulé. Henri Flournoy a donné récemment un exposé de la conception de Freud (26).

D'une manière générale, les processus psychiques sont sensitivo-moteurs, c'est-à-dire qu'ils partent du système extérieur des perceptions, traversent divers systèmes de souvenirs pour aboutir au système moteur en connexion plus étroite avec la conscience. Lorsque nous cherchons un souvenir, nous suivons la marche inverse, c'est-à-dire que nous allons du système moteur vers les différents systèmes de souvenirs. Lorsque nous rêvons nous remontons encore plus loin, c'est-à-dire des pulsions instinctives jusqu'au système des perceptions ; il y a régression à un stade primitif hallucinatoire, où nous hallucinons les objets désirés : le rêve apparaît ainsi comme la réalisation d'un désir et le gardien du sommeil. L'hallucination est aussi une régression à finalité biologique ; elle présente avec le rêve cette différence qu'elle se produit à l'état de veille et qu'elle contredit les apports sensoriels qui ne sont pas supprimés ; il faut donc que le désir qui est à son origine soit particulièrement intense, et que la pression des souvenirs refoulés et des désirs inconscients soit particulièrement forte ; la régression hallucinatoire apparaît ainsi comme un effet du refoulement par la conscience et de l'attrac-

tion par l'inconscient. Si, bien qu'étant la réalisation d'un désir, l'hallucination peut être désagréable, ce peut être qu'elle exprime des tendances auto-punitives, ou parce que l'assouvissement de l'instinct en cause est en contradiction avec des instances psychiques supérieures.

Ces conditions suffisent dans les « psychonévroses de défense ». Dans les psychoses proprement dites, la personnalité consciente est envahie par les désirs, le moi (Ich) est submergé par le ça (Es) ; c'est une défaite complète, une submersion dont la psychose paranoïde est le type ; c'est la rupture avec le réel, que l'on peut encore envisager comme un moyen de défense, le refuge dans la maladie.

Les hallucinations verbales, elles, dépendent du moi, dont émanent les tendances auto-critiques et auto-punitives qui s'expriment le plus souvent sous forme verbale. Ainsi s'explique le fait que les hallucinations verbales consistent souvent en injures, reproches, menaces. Le moi continue cependant à se défendre par un processus qui n'est ni le refoulement ni la rupture avec le réel, mais la projection : les reproches que le malade s'adresse à lui-même sont entendus comme si quelqu'un les prononçait. C'est ainsi qu'une malade, observée par Nacht (60) au cours d'un état anxieux, se reprochait la mort de sa mère comme si cette mort avait été son œuvre ; quelques années plus tard, l'auteur retrouve la malade dans un état d'euphorie et l'examen montre que, depuis le jour où les voix lui ont parlé, elle a cessé d'être anxieuse et de souffrir ; elle est devenue calme : « J'ai compris, dit-elle, que je ne suis pas un assassin, que ce sont les autres qui m'assassinent. »

Si l'on dépouille la théorie freudienne de sa terminologie spéciale, on en perçoit peut-être mieux l'intérêt. L'état de santé morale apparaît comme un équilibre entre la conscience et l'inconscient, qui représente les dispositions instinctives et le passé affectif de l'individu. Si la vigilance de la conscience

fléchit, l'inconscient tend à se libérer ; ou bien encore, si l'inconscient s'exalte, la conscience n'est plus capable de le contenir ; dans les deux cas l'équilibre se trouve rompu au profit de l'inconscient. A la limite, l'individu régresse à un stade où il hallucine tous ses désirs ; cette éventualité se trouve réalisée dans l'état autistique de la schizophrénie, et, par un processus de désintégration plus lent, à la phase des idées de grandeur dans les délires chroniques. A un stade intermédiaire, il y a conflit entre l'assouvissement des tendances et ce qui subsiste de la vigilance de la conscience : d'où des sentiments d'infériorité et de culpabilité qui se projettent, par un mécanisme d'autorégulation et défense psychique, sous la forme d'injures, d'accusations, de menaces ; c'est le stade des hallucinations auditives. Avec les hallucinations impératives et les hallucinations parlées, les idées d'influence et de possession, apparaît un stade où la conscience est plus défaillante devant la libération de l'inconscient ; mais l'individu se défend encore, et projette au dehors les tendances coupables, en disant qu'on le pousse aux actes défendus ou qu'on l'y contraint. Dans la perspective psychanalytique, l'objectivitaion apparaît donc, de même que dans la psychologie de Pierre Janet, comme une réaction biologique d'autorégulation. Il n'est même pas impossible de rendre ce rapprochement plus étroit, et de faire intervenir le rôle objectif de l'angoisse à la période de lutte, de la joie à la période de satisfaction.

La discussion de la théorie psychanalytique des instincts dépasse le cadre d'une étude sur les hallucinations verbales. On sait que pour Freud le délire de persécution traduit une passion homosexuelle refoulée, et les états de dissociation très accentués une régression au stade auto-érotique ou narcissique. Ces vues nous paraissent trop systématiques. D'autres tendances sexuelles interviennent que les tendances homo-

sexuelles, l'inceste, l'onanisme, la bestialité. D'autres tendances interviennent au moins en première analyse que les sexuelles : ambitions matérielles ou sociales, tendances ludiques. La doctrine psychanalytique n'apparaît d'ailleurs à personne comme un dogme intangible et l'exploration analytique des psychoses est à peine commencée. Il reste que Freud et les psychanalystes ont eu au moins le grand mérite de rappeler l'importance des tendances et des souvenirs refoulés, des chocs affectifs dans la genèse des hallucinations, et un autre mérite, non moins grand, qui est de n'avoir pas méconnu l'importance pathogénique des altérations de l'entendement et de la conscience. Ils ont ainsi souligné le rôle capital que l'un et l'autre jouent dans la régulation affective, et fait apparaître le délire de persécution sous l'aspect nouveau d'une « démence affective ».

Il est un point sur lequel nous insisterons en terminant, parce qu'il concerne plus spécialement la structure affective des délires d'influence. Les psychanalystes remarquent, à l'appui de la théorie freudienne du délire de persécution, que le persécuteur des hommes est généralement un homme ; pour les femmes, malheureusement, c'est aussi bien souvent un homme (Nacht, 60). La clef de cette anomalie est peut-être que le sexe du persécuteur intervient moins pour ce qu'il est qu'à cause de ce qu'il représente, et la force est du côté de la barbe. Le sentiment d'infériorité et la protestation virile se manifestaient d'une manière éclatante dans le cas de Toussaint S. que nous avons étudié avec Heuyer (38) ; ce malade présentait un syndrome d'influence, peut-être séquelle tardive d'une encéphalite léthargique ; depuis l'adolescence, il avait un sentiment d'infériorité lié à la notion d'une virilité insuffisante, dont il croyait trouver les éléments dans la largeur de son bassin et la finesse de ses mains ; ce sentiment se renforça par de nombreux échecs sentimentaux

et sexuels, et d'incoercibles habitudes de masturbation ; après un épisode anxieux et confusionnel avec onirisme, se constitua un délire de possession, de transformation corporelle, de changement de sexe, dont un homme âgé rencontré par lui, et qu'il croyait être professeur et Voronof, était le protagoniste ; après l'échec d'une tentative de suicide, il tira sur deux femmes inconnues de lui, dont l'une fut grièvement blessée, et donna ce prétexte : « Je voulais montrer que l'homme est plus fort que la femme. » Cette observation nous paraît expliciter la structure affective de certains délires d'influence. Les idées de faiblesse et de force sont les ressorts du drame. Les influencés sont peut-être des faibles intimidables, suggestibles, de volonté débile, ayant besoin d'un réconfort et d'une direction, mais surtout ils se sentent faibles et ils voudraient être forts. Ils prêtent à l'influenceur la force qu'ils convoitent et le pouvoir qui les peut contraindre.

C'est, par une voie détournée, rejoindre la paranoïa. Derrière l'orgueil, la susceptibilité, la méfiance, la combativité du paranoïaque, il se cache souvent divers indices d'infériorité physique et morale, notamment l'émotivité, la timidité, les tendances hypochondriaques¹. Ce rapprochement s'avère comme encore plus fondé si l'on retrouve dans la paranoïa la disproportion entre l'affectivité et l'entendement, que l'on a vu tout à l'heure à l'origine des hallucinations. Cette disproportion pourrait être réalisée, selon Bleuler, soit par une forte poussée affective, soit par un processus schizophrénique, que caractérise sinon un affaiblissement de la cohérence des freins

1. Les signes de la série psychasthénique ne sont pas rares (phobies, obsessions, impulsions). Nous observons pour le moment un paranoïaque qui présente une haine violente dirigée surtout contre un frère aîné et chez qui le premier épisode morbide patent a été un état obsessionnel d'une durée de dix-huit mois. Un paranoïaque criminel que nous suivons depuis plusieurs années est un hyperémotif, grand timide.

logiques, du moins quelque tendance à la dissociation, ou une coordination moins forte que chez l'homme normal. Mais cette atteinte indosable de l'entendement est suppléée par l'état passionnel. (V. J. Lacan, 41, p. 105.)

III. — LA DIMINUTION DE LA VIGILANCE

Les hallucinations psycho-motrices verbales sont considérées par SéglaS comme un symptôme plus grave que les auditives ; seuls les malades qui en sont atteints présentent du dédoublement de la personnalité, parce que, pense SéglaS lors de ses premiers travaux, elles intéressent le sens musculaire, un des éléments de la cénesthésie, qui constitue « la base fondamentale de la personnalité ». Si cette pathogénie doit être rejetée, il reste de la remarque de SéglaS une constatation clinique de première importance : les hallucinations motrices verbales sont mises en rapport avec une atteinte de la personnalité plus marquée que celle que comportent les hallucinations auditives ; SéglaS signale encore, à la même époque, qu'elles surviennent chez des sujets fragiles au point de vue nerveux et psychique, qu'elles sont un signe de chronicité, qu'elles suivent les hallucinations auditives dans l'évolution des délires chroniques. Plus tard, lorsque les hallucinations lui sont apparues non comme la condition mais comme l'expression d'un mode automatique de fonctionnement de l'esprit, on peut penser qu'il est cependant resté fidèle à la notion d'une différence entre les hallucinations motrices et les hallucinations auditives ; et cette différence, dans la perspective de la théorie de l'automatisme, peut se formuler ainsi : les hallucinations motrices verbales traduisent une désagrégation mentale plus avancée que celle qui conditionne les hallucinations auditives. De cette désagrégation, la nature même des hallucinations, la présence d'idées d'influence et de possession

seraient la signature. Mais il importe, pour plus de rigueur, d'en chercher les témoins en dehors des processus en question. C'est ce que nous tenterons d'abord en dehors, ensuite à propos des délires chroniques.

En dehors des délires chroniques, les faits que l'on peut réunir ne sont pas concluants. Chez le sujet normal, le simple laisser-aller, la rêverie, la fatigue, l'hypnagogisme, le rêve constituent une gradation d'états où s'accroît l'objectivation intentionnelle et spatiale de la parole propre ; Clérambault a pu comparer les phénomènes négatifs et positifs du « Petit automatisme mental » aux ratés et aux déchets de la pensée normale (14). La perte et la reprise de connaissance peuvent déterminer également de curieux états de dépersonnalisation, au sujet desquels Henri Wallon cite de précieux textes (22, II, 510). Dans certains états mystiques, dérivés de l'extase, l'inspiration divine est perçue dans tout ce que dit et fait le mystique ; dans l'extase même, les limites du moi lui paraissent abolies, qu'il soit en Dieu ou que Dieu soit en lui. On a vu que la crise psycholeptique du psychasthénique et l'épilepsie psychique pouvaient entraîner des crises d'emprise caractérisées avec sentiment d'aliénation de la parole propre. Dans les délires hystériques de possession démoniaque, la suggestibilité, les altérations de la conscience sont classiques ; pour Janet, il y a rétrécissement de la conscience. Mais ces faits, tout en suggérant que les altérations de la conscience jouent un rôle, ne permettent pas d'en mesurer la nature, le degré et l'efficacité.

Les délires chroniques sont plus instructifs. Ces délires peuvent se diviser en deux catégories, selon le degré de l'atteinte de l'entendement : dans les délires paranoïaques, le délire est plus systématisé et intelligible, le fond mental serait intact, l'évolution ne se fait pas vers la démence ; les délires paranoïdes présentent les caractères inverses : le délire

est peu ou mal systématisé, peu intelligible, au moins à une première approximation ; l'évolution se fait plus ou moins rapidement vers la démence. On pourrait donc poser ainsi la question qui nous occupe ; les délires d'influence où il existe des hallucinations parlées sont-ils des délires paranoïaques ou paranoïdes ? Pour répondre, on ne peut tabler sur des tests de niveau, dont les résultats variables sont cependant un signe important ; on en verra plus loin la signification ; il faut se fonder avant tout sur l'observation clinique, pour comparer ces délires aux autres délires chroniques, et particulièrement à ceux qui s'accompagnent d'hallucinations entendues.

Les troubles de l'auto-critique et du jugement sont patents ; ils peuvent s'effacer en dehors du domaine du délire, mais font souvent tache d'huile sous forme d'interprétations extensives, rétrospectives et transitives, dans la mesure où le délire est commandé plus par un état passionnel que par l'affaiblissement intellectuel ; les idées délirantes sont moins vraisemblables, plus fantastiques et archaïques que dans les délires de forme psycho-sensorielle.

Dans beaucoup de cas, le délire est relativement pauvre et peu complexe, les thèmes sont peu nombreux et reparaissent continuellement. Il peut se réduire à un minimum : le malade accuse des voisins, des parents, il ignore tout de leurs motifs et de leurs buts.

Plus souvent et plus nettement que dans les délires avec hallucinations entendues, on constate des troubles graves de la présence et de la cohérence. Le malade s'adapte mal à l'interrogatoire, diffère sa réponse, répond à côté, s'écarte de la question ; la fuite des idées et la saute d'idées sont fréquemment observées, favorisées par l'excitation habituelle. Quelques traits de la scène hallucinatoire sont démonstratifs : si l'on peut admettre que des mouvements d'articulation

naissants échappent à leur auteur, on ne peut comprendre la méconnaissance d'un monologue parlé à haute et intelligible voix sans des troubles graves de l'attention et de la maîtrise de soi ; si les scènes d'hallucinations parlées ont plus souvent lieu en présence du médecin que les scènes d'hallucinations entendues, c'est que l'influencé se soustrait plus difficilement aux processus du délire et que l'interrogatoire a perdu pour lui sa vertu exorcisante.

Le langage présente les mêmes traits : il est plus souvent maniéré ou néologique ; plus souvent, après une phase adaptée et intelligible, il prend une forme « schizophasique », d'apparence incohérente, dont le développement automatique, joint à l'état sthénique, peut entraîner la croyance à l'origine extérieure et à la valeur de la parole. L'activité volontaire, professionnelle par exemple, est plus troublée ; les influencés ne sont pas seulement gênés par l'énonciation et les commentaires de leurs actes, par des pensées et des voix intempestives, leurs gestes mêmes sont empêchés ou gênés. Si les tests enfin donnent des résultats dispersés, ce n'est pas à cause d'un déficit absolu dans les notions didactiques ou les fonctions élémentaires ; c'est la capacité de les mobiliser et de les mettre en jeu volontairement et sur ordre qui est atteinte. Au total, ces sujets présentent des troubles tels de la présence et de la cohérence que l'on est en droit de parler à leur propos de tendances à la dissociation et à l'autisme.

Le déficit ne va pas jusqu'aux troubles grossiers de la mémoire et de l'orientation, caractéristiques des états démentiels ou confusionnels. Ce degré de désintégration mentale n'est plus compatible avec la genèse d'hallucinations verbales qui, on l'a vu, sont conditionnées en partie par des réactions d'auto-régulation. En revanche, on peut observer les hallucinations parlées au cours d'états prédémentiels et sub-confusionnels. Ainsi dans les accidents alcooliques subaigus, ainsi

dans l'évolution de la paralysie générale, où au début, à la faveur d'une rémission, après la malariathérapie, il n'est pas exceptionnel d'observer des syndromes hallucinatoires avec hallucinations verbales psychiques, auditives et psychomotrices ; bien que l'interprétation de ces faits soit discutée et que certains y voient des manifestations de syphilis cérébrale tertiaire ou de tertiarisation, ils paraissent montrer que les hallucinations verbales sont favorisées par un déficit prédémentiel.

Revenons aux délires chroniques. Les épisodes confusionnels sont fréquents au début et au cours des délires d'influence (obs. III, V). Le sommeil et ses troubles jouent également un rôle important ; les hallucinations parlées se développent à la faveur de somnolences provoquées, de l'insomnie anxieuse, de l'hypnagogisme et du rêve ; les malades parlent de transe, comparent leur état à celui des somnambules extra-lucides ; on cherche à les faire parler pendant leur sommeil (obs. V). L'intervention de l'onirisme subconfusionnel se traduit encore par l'apparition de phénomènes visuels divers, visions hallucinatoires, représentations mentales vives, illusions visuelles. En dehors de l'onirisme, la fréquence de ces phénomènes visuels positifs, de quelque façon qu'on les classe, a été déjà soulignée par Ségla et paraît en effet un des éléments les plus caractéristiques du tableau clinique ; elle confirme la notion d'une atteinte du psychisme plus profonde que dans le cas des hallucinations entendues.

Outre le subonirisme épisodique ou intermittent avec phénomènes visuels hallucinatoires et para-hallucinatoires, l'atteinte du jugement et de l'auto-critique, la diminution de la présence et de la cohérence, la pauvreté et l'absence de complexité, toutes relatives, du délire, l'état mental est encore caractérisé par une excitation plus paroxystique et anxieuse au début et à la période d'état, plus continue et euphorique

à mesure que progresse la maladie. Par ses éléments comme par sa structure, cet état mental tend vers les états connus en clinique sous le nom de démence vésanique, stade auquel les symptômes énumérés sont aggravés ; la productivité délirante est nulle ; des processus délirants éteints il ne subsiste que des attitudes, des formules stéréotypées ; il est à peu près impossible d'entrer en contact avec le malade ; la logorrhée est fréquente, coupée d'accès de mutisme. La pseudo-incohérence est devenue de l'incohérence vraie ; l'excitation euphorique est devenue manie chronique ; à tout cela s'ajoutent des troubles objectifs graves de l'orientation, de la fixation et de l'évocation mnésiques. Par rapport à ce stade terminal, l'état mental des malades présentant un délire d'influence avec hallucinations parlées doit être considéré comme un état prédéméntiel, et l'on peut dire qu'un tel délire a bien des chances d'être, dans la plupart des cas, un délire paranoïde.

Les aliénistes du xix^e siècle qui ont défini un état mental hallucinatoire l'ont désigné sous différents noms, et conçu essentiellement sous deux aspects qui d'ailleurs ne sont pas complètement distincts et dont l'un au moins implique l'autre : l'état de désagrégation et un état comparable à l'état de rêve ; la caractéristique commune de leurs conceptions est de distinguer des fonctions psychiques contrôlantes et des fonctions psychiques contrôlées et d'admettre la libération des secondes par suite de l'atteinte des premières. C'est là une bien vieille idée, qui constitue déjà l'essence de la théorie des parties de l'âme et de la vertu, ou santé morale, dans la philosophie de Platon, et que l'on retrouve sous différentes formes chez Jackson et ses disciples, ou chez Freud. Nous préférons désigner ce principe sous le nom de vigilance ; ce terme emprunté à Henry Head rappelle le double sens du mot conscience et unifie en une même notion les aspects partiels sous lesquels nous avons considéré et analysé l'abaissement de

niveau fondamental de l'activité psychique lors des hallucinations parlées : la conscience est en effet « ce que nous sommes de moins en moins lorsque nous nous enfonçons graduellement dans un sommeil sans rêve, et ce que nous sommes de plus en plus lorsque le bruit nous éveille » (Baldwin) : la vigilance de la conscience s'oppose à la diminution de la conscience, à l'obnubilation, à la confusion, à l'état de rêve ; d'autre part, la conscience apparaît aussi comme une force qui prépare, contrôle, et intègre nos pensées, nos sentiments et nos actes : la vigilance de la conscience s'oppose à la dissociation, « l'auto-conduction » à l'automatisme. C'est en ce sens que nous dirons que la vigilance de la conscience est plus diminuée lors des hallucinations parlées que lors des hallucinations entendues.

IV. — LES CONDITIONS ORGANIQUES

Nous sommes maintenant en état, sinon de tracer la psychogénèse des hallucinations parlées, du moins d'en dégager et mettre en place quelques aspects qui peuvent guider l'analyse et l'interprétation des faits et servir de programme pour des recherches ultérieures.

I. A la base des hallucinations parlées, on retrouve dans la plupart des cas une diminution de la vigilance de la conscience. Ce n'est pas un déficit purement intellectuel mais un déficit biologique : la conscience n'accomplit plus son action régulatrice non seulement sur les pensées mais sur les actions et les sentiments. Cette diminution de la vigilance revêt différents aspects : troubles de l'auto-critique et du jugement, incohérence, éclipses mentales, états crépusculaires, déroute émotionnelle ; d'autre part elle n'est pas continue, mais sujette à des recrudescences paroxystiques, favorisées notamment par les émotions et le sommeil. Bref elle est polymorphe et

variable, mais paraît toujours exister sous quelque aspect et à quelque degré.

II. Corrélativement à cette diminution de la vigilance s'accomplissent des phénomènes de libération fonctionnelle dans l'ordre de la pensée, de la parole, du sentiment et du mouvement. Il semble que l'exaltation affective et l'excitation motrice puissent compenser la faiblesse de l'atteinte de la vigilance. Dans les deux cas il y a rupture d'équilibre entre le contrôlant et le contrôlé.

III. Dans la mesure où la personnalité n'est pas complètement envahie et débordée par les phénomènes de libération fonctionnelle, elle réagit tout comme s'il n'y avait pas place dans la conscience pour un champ mental non cohérent. Tel paraît être le sens de l'objectivation intentionnelle et spatiale (projection) et du dédoublement qu'elle entraîne. Si la personnalité n'est pas attaquée ou si elle est débordée, il n'y a pas de dédoublement. Le dédoublement est une façon de faire la part du feu et de reconstruire la personne et le champ psychologique et spatial sur de nouvelles bases. Cette reconstruction n'est ni délibérée ni secondaire ; elle doit être considérée comme étroitement associée à la genèse des hallucinations.

IV. Secondaires au contraire sont les explications délirantes et les réactions plastiques qu'elles entraînent. Ces réactions s'exercent dans un double sens : persévération et exagération. Les phénomènes radicaux se passent dans l'intimité du psychisme. Les autres sont une dérivation secondaire par laquelle se confirme l'adhésion de la personne au nouvel univers qu'elle s'est construit.

Tels nous paraissent être les points essentiels, non, nous le répétons, d'une psychogénèse, mais d'une méthode d'analyse des hallucinations parlées.

Cette analyse psychopathologique n'exclut pas l'interven-

tion de conditions physiques, dont l'action déterminante ne fait aucun doute. Il est cependant difficile s'assigner à la psychose d'influence une étiologie organique spécifique. Elle débiterait à un âge moins avancé que les délires chroniques avec hallucinations entendues, chez la femme plutôt avant la ménopause qu'après. Elle serait favorisée par des prédispositions individuelles : débilité de la volonté, suggestibilité, besoin de réconfort et de protection, éréthisme imaginatif (Ceillier) Henri Claude souligne le rôle des états crépusculaires et des rêves. Par ailleurs les causes invoquées sont banales : infections, intoxications exogènes (alcools, stupéfiants) ou endogènes (fatigue, insomnie, sous-alimentation, excès sexuels, chocs émotionnels). Dans l'ensemble, ces faits, qui ont besoin d'être vérifiés et complétés, ne sont pas en contradiction avec la notion suivant laquelle les hallucinations parlées sont un trouble plus grave, au point de vue évolutif, que les hallucinations entendues. Les psychoses d'influence paraissent plus proches des démences précoces que les psychoses hallucinatoires de forme psycho-sensorielle.

Il est présentement difficile de préciser le mode d'action des conditions organiques et plus hasardeux encore de construire une physiopathologie qu'une psychopathologie.

Clérambault (14) et Guiraud (33) ont cherché à relier leurs conceptions physiopathologiques à la théorie de la chronaxie.

Mourgue (59) a tenté d'approfondir la neurobiologie de l'hallucination dans la perspective de la théorie de Freud. Elle lui apparaît comme le résultat d'une rupture d'équilibre entre la sphère de la causalité et de l'orientation (le Ich de Freud) et la sphère de l'instinct (le Es.). Elle présente deux caractères, la dépersonnalisation, ou objectivité par rapport au moi, et l'objectivité spatiale, spécifique de l'hallucination vraie ; tout se passerait comme si un complexe d'attitudes

motrices s'organisait par rapport à ce que la psychologie classique appelle images, ou par rapport à un groupe d'images, au lieu de s'organiser, comme dans la perception normale, par rapport à des données sensorielles. Or ces différents aspects de l'hallucination peuvent être rattachés à des pulsions issues de la sphère de l'instinct, autrement dit de l'appareil organo-végétatif, base physique de l'esprit. Alors que dans la perception normale le rôle de l'instinct est celui d'un instrument de sélection, dans l'hallucination il crée avec le matériel des « engrammes », en envahissant la sphère de la causalité, un symbole de ses propres tendances. En même temps il utilise à son profit l'appareil de projection spatiale qui sert normalement à l'orientation dans le monde réel : c'est le système autonome qui innerve le labyrinthe ; or le labyrinthe assure la régulation posturale et règle les mécanismes moteurs d'adaptation sensorielle ; par suite c'est encore le système organo-végétatif qui conditionne l'ordination des attitudes motrices par rapport aux « images ». Enfin, la dépersonnalisation serait en rapport avec diverses variétés d'inhibition corticale, au sens de Pavlov, dont le point de départ seraient souvent, mais non toujours, certains systèmes organo-végétatifs sous-corticaux.

Mourgue oppose les hallucinations verbales où l'euphorie est successive, aux hallucinations visuelles où elle est instantanée : la première est beaucoup plus complexe que la seconde. Il critique la notion et l'expression d'hallucination auditive ; toute hallucination vraie est psycho-motrice et toute hallucination verbale est une hallucination de la fonction langage, auditivo-motrice et non auditive. Toute perception auditive, toute perception verbale, toute pensée verbale même, toute hallucination et même toute pseudo-hallucination verbale s'accompagneraient de modifications dans les appareils neuromusculaires de la parole, notamment d'une réaction tonique des muscles du larynx. Chez les schizophrènes, la sphère de la cau-

salité étant particulièrement lésée, il peut arriver que seule la composante motrice apparaisse, par un processus de fragmentation, ou que l'hallucination verbale soit localisée à un point extérieur à la sphère de la parole, mais ayant joué un rôle dans l'histoire instinctive du malade, par un processus d'agglutination.

Pavlov (62) à la doctrine duquel on vient de voir que Mourgue a fait appel, a lui-même essayé d'interpréter les phénomènes d'emprise en partant des vues de Pierre Janet. C'est la confusion des contraires dans les actions sociales doubles qui l'a intéressé et qu'il a cru pouvoir rapprocher de ce qu'il appelle la « phase ultra-paradoxe ». Les faits physiologiques sont les suivants : dans les états de dépression, d'inhibition interne ou d'hypnose, les excitations conditionnelles produisent toutes des effets égaux ou inversement proportionnels à la force de l'excitateur ; les agents inhibiteurs produisent un effet positif : c'est ce que Pavlov appelle la phase paradoxale et la phase ultraparadoxale. Chez les malades, la phase ultraparadoxale serait à la base de l'affaiblissement de la notion du contraire ; toutes les conditions favorables existent, les malades tombent facilement dans des états de dépression, d'inquiétude, de frayeur ; ce sont des individus faibles ; d'autre part ils ont des désirs, des craintes renforcées et concentrées ; ces conditions suffisent pour que surgisse la représentation du contraire, pour que voulant, par exemple, être des maîtres, ils se sentent esclaves. Pavlov essaye encore de rendre compte par la physiologie du cortex du négativisme et de l'ambivalence, qu'expliquerait la loi de l'induction réciproque des actions contraires.

Cette explication physiologique de faits physiques lui apparaît comme une première et indirecte approximation vers l'idéal d'une explication mécanique, qui ne saurait d'emblée être totale et directe, puisque les faits physiologiques, chimiques et même physiques ne s'y ramènent pas encore entièrement.

CHAPITRE VI

DES HALLUCINATIONS PARLÉES AUX HALLUCINATIONS ENTENDUES

Nous sommes ainsi amenés, contrairement à la marche habituelle, à examiner les hallucinations auditives verbales après les psycho-motrices, ou, pour parler un langage plus simple, les hallucinations entendues après les hallucinations parlées. La justification de cet ordre est facile et repose sur un raisonnement simple : l'halluciné croit entendre des paroles étrangères ; or, personne ne parle ; donc c'est lui qui parle. Malgré l'évidence de cette conclusion, on oublie souvent, en examinant les « hallucinés de l'ouïe », que ce sont eux après tout qui parlent les paroles qu'ils disent entendre. C'est que leur activité verbale est transposée, dans son contenu, dans sa forme, et, pour ainsi dire, dramatiquement. S'il est normal dans la recherche d'aller du simple au complexe, on est donc fondé à examiner les hallucinations entendues, où l'acte verbal est latent, après les hallucinations parlées, où il est patent : celles-ci nous ont en effet paru capables de dégager le processus d'aliénation de la parole propre auquel se ramène en définitive toute hallucination verbale.

L'étude des hallucinations parlées nous a permis d'appliquer une méthode d'examen et d'interprétation des faits psychopathologiques qui consiste à les rattacher à la structure de l'état psychopathique où ils sont compris et à l'évolution de la maladie. Nous pouvons appliquer cette méthode aux hallucinations auditives verbales. Pour les hallucinations audi-

tives verbales vraies, c'est-à-dire extériorisées spatialement, nous n'avons qu'à retourner ce que nous avons dit des hallucinations psycho-motrices verbales : la vigilance de la conscience y est moins diminuée, les phénomènes de libération fonctionnelle moins nombreux et moins intenses, les réactions d'auto-régulation plus complètes ; les hallucinations auditives correspondent à un stade plus précoce de la maladie et à une atteinte moins profonde. La localisation des voix dans l'espace extérieur apparaît ainsi comme une projection, une auto-régulation réussie non seulement dans le champ psychologique mais dans le champ spatial ; entendre est une attitude de normalisation d'un psychisme au sein duquel il n'est pas de place pour un champ idéo-verbal non cohérent. Pour les pseudo-hallucinations auditives verbales, au sens classique du terme, c'est-à-dire pour les paroles étrangères sans extériorité spatiale, pour les voix entendues, par exemple, dans la tête, on a vu qu'elles étaient assez rares à l'origine et lors du décours des hallucinations auditives verbales vraies, qu'elles ont, au contraire, une affinité remarquable avec les hallucinations parlées et s'observent électivement au cours des syndromes d'influence. Ce fait paraît confirmer la signification favorable que nous attachons à l'extériorisation spatiale où nous voyons une confirmation de l'objectivation intentionnelle et le type de la projection réussie.

C'est dépouiller l'auditivité des hallucinations entendues des caractères d'acousticité et d'extériorité spatiale qui lui sont classiquement attribués et où l'on a vu des données immédiates et sensibles de la conscience morbide. La sonorité des hallucinations auditives est une donnée subjective, sur la réalité de laquelle il est bien délicat de se prononcer (Gelma, 31 ; Morel, 58) ; il paraît difficile de l'éliminer complètement ; si l'évocation auditive, loin de constituer la matière de la parole intérieure, n'en est qu'un sous-produit, ce sous-produit n'en

semble pas moins passer au premier plan à la faveur de certains états, et notamment du sommeil et du rêve ; nombre d'hallucinés verbaux déclarent entendre dans la tête le jour, et dans les oreilles la nuit ; cependant, il est bien rare de rencontrer des « hallucinés de l'ouïe » qui assimilent leurs fausses perceptions verbales à une voix actuellement entendue : l'intensité est le plus souvent faible et partant, la localisation lointaine ; les explications invoquées, mystiques ou techniques, confirment la pauvreté sensorielle de l'hallucination auditive verbale ; la distinction du sexe des interlocuteurs, du timbre des voix dépend de la situation, du délire, du contenu et du sens des répliques ; parfois les malades n'opèrent entre les diverses voix aucune différenciation d'ordre sensoriel ; les interlocuteurs peuvent se servir de la voix du malade lui-même, qui *sait* seulement quand ce sont les autres qui parlent et quand c'est lui.

De même, la spatialisation n'est pas une qualité première de l'hallucination auditive, mais dépend, pour une part, de données intellectuelles, et, pour l'autre, d'attitudes motrices. C'est ainsi que la distance est infiniment variable, et que le malade, suivant la situation, localise ses voix dans une ville éloignée, ou derrière le mur, dans le plafond, sous le plancher, sous l'oreiller. La direction n'est pas moins contingente : elle dépend de l'attitude du malade, du coin vers lequel il tend l'oreille ; un bruit réel suffit pour la modifier. Il n'est pas douteux que l'attitude n'ait un pouvoir de suggestion considérable, même pour le sujet normal : un ventriloque donne la parfaite illusion d'une voix qui vient de la cave, ou de la poupée de chiffons qu'il tient à la main. La sonorité et l'extériorité spatiales sont si peu des caractères premiers et intrinsèques des hallucinations auditives que certains malades, nous l'avons vu, croient entendre prononcer dans l'espace extérieur les paroles qu'ils parlent effectivement.

N'est-ce pas là l'indication d'une solution au problème de la nature des hallucinations auditives ? Demandons-nous, pour ainsi dire, en quoi elles sont faites. Si l'image auditive se dérobe pour constituer le corps de l'hallucination auditive, n'est-ce pas que celle-ci se ramène à des mouvements, qui seraient : 1° des mouvements d'orientation et d'investigation expliquant l'extériorisation spatiale ; 2° des mouvements de phonation et d'articulation, constituant pour ainsi dire la matière première de l'hallucination verbale ?

L'existence de mouvements d'orientation et d'investigation nous paraît incontestable : c'est une des données capitales du diagnostic positif et différentiel de l'hallucination auditive verbale.

La réalité de mouvements de phonation et d'articulation est beaucoup moins certaine. On peut se placer, pour en juger, à divers points de vue. Si l'on tient compte du récit des malades et des données immédiates de la conscience morbide, pour autant qu'ils les peuvent atteindre et communiquer, rien n'est moins sûr que l'existence de tels mouvements : il est incontestable que la plupart des « hallucinés de l'ouïe » déclarent qu'ils entendent et affirment qu'ils ne parlent pas. Si l'on étudie leur comportement, les résultats sont aussi négatifs ; ni l'inspection ni la palpation ne révèlent de mouvements ; nous avons dit ce que nous pensons de l'enregistrement laryngographique dont les résultats, même chez les sujets normaux, sont contradictoires ; l'action anti-hallucinatoire des pauses respiratoires peut s'interpréter autrement que par une action suspensive sur l'activité de l'appareil de la parole : tout effort d'attention, toute position difficile, y compris les exercices respiratoires, ont la même vertu ; il ne nous paraît pas exact, comme le soutient Morel, que beaucoup d'hallucinations auditives entraînent des réactions de défense par action mécanique sur le territoire de la parole ; ces réactions

de défense spécifiques sont précisément un moyen de distinguer des hallucinations verbales parlées de celles qui ne sont qu'entendues. Si l'on veut affirmer l'existence de mouvements de phonation et d'articulation force est d'en venir à la physiopathologie et d'essayer de démontrer leur nécessité théorique, à défaut de leur constatation directe. C'est ce que tentent de faire Mourgue et Ferdinand Morel. Sans doute il ne s'agit pas nécessairement, ni pour l'un ni pour l'autre, de mouvements cinétiques et actuels. Pour Mourgue, toute perception ou tout acte verbal détermine et suppose une réaction tonico-posturale du larynx. Pour Ferdinand Morel, il s'agit d'une « mise en charge », sinon en mouvement, des appareils de la parole. Mais la nature et l'existence même de ces réactions motrices sont problématiques, quoiqu'il soit peut-être difficile de concevoir une parole même intérieure qui n'utilise, sous quelque forme et à quelque degré, des automatismes moteurs extra-conscients. D'autre part, les réactions toniques du larynx, la « mise en charge » des appareils de la parole ne paraissent pas fournir l'actualisation successive et relativement prolongée que nécessiteraient même des mots ou de courtes phrases hallucinatoires. Surtout, on n'arrive pas à discerner en quoi la réaction tonique du larynx ou la mise en charge des appareils de la parole expliquent spécifiquement l'hallucination auditive verbale, puisque toute activité verbale, toute pensée parlée les supposent. Il faut, à notre avis, remonter plus haut.

Il n'est pas inutile, avant d'en venir là, de montrer à quoi correspond, historiquement, ce recours ultime au mouvement. Il y a, dans l'histoire des idées, une dialectique qui fait que l'on en vient nécessairement à certaines explications lorsque d'autres ont dû être abandonnées. La philosophie du mouvement est en faveur après le déclin de la philosophie des sensations et des images. La théorie des « images motrices » a été

un chaînon intermédiaire. Mais la philosophie du mouvement, qui a eu le grand mérite de nous révéler l'importance des attitudes motrices dans la perception et dans l'hallucination, n'épuise pas la réalité intrinsèque des unes et des autres. Il est en effet impossible de réduire ces phénomènes psychiques à des éléments, psychiques ou non psychiques. Ils sont « ce qu'ils sont ».

Pour nous, toute tentative de réduction des hallucinations verbales à des images auditives ou motrices, ou à des mouvements, n'est plus qu'une aventure sans lendemain, après avoir été une étape nécessaire. D'un point de vue purement psychopathologique et phénoménologique, la parole intérieure concrète ne se réduit ni à des images ni à des schèmes moteurs ; c'est une succession d'entreprises complexes et irradiantes, de construction de pensées, de construction de phrases, de choix d'expressions, où la pensée et le langage s'intriquent étroitement, et, tour à tour, se précèdent et se suivent l'un l'autre. Le psittacisme pur lui-même est l'application d'une technique beaucoup plus que l'évocation d'images ou d'automatismes moteurs verbaux ; la sonorité n'en est qu'un sous-produit, la motricité une conséquence. De même, nous sommes tentés de discuter, après bien d'autres, la sonorité des hallucinations auditives verbales ; l'auditivité, qui n'est pas l'acousticité, est une attitude réceptive par rapport à des contenus idéo-verbaux, qui n'ont pas été voulus ni attendus ; elle n'est pas la matière de l'hallucination auditive verbale ; la racine en est un acte verbal, expression d'un contenu idéique ou exploitation du savoir verbal ; mais cet acte, l'halluciné le méconnaît, il le perçoit sous les espèces de la perception, et cette destinée pèse déjà sur sa façon. On voit par là quel jour les hallucinations parlées, où cet acte verbal est reconnu ou patent, et qui peuvent elles aussi être entendues, jettent sur les hallucinations auditives.

CONCLUSIONS

1° *La « perspective » en psychopathologie.* — Au point de vue méthodologique, le caractère spécial des faits biologiques est d'appartenir à des ensembles dont on ne peut les dissocier sans fausser leur description et leur sens : tels sont l'organisme, le couple de l'être vivant et du milieu. Cette considération des ensembles se montre plus nécessaire encore lorsqu'on étudie les faits psychiques et sociaux : ici, il devient illégitime d'envisager un fait séparément de la qualité et du degré de conscience qui l'accompagnent ; d'autres ensembles interviennent : le couple homme-société, l'humeur, le caractère, la personnalité et son histoire. Cette règle s'applique également aux faits psychopathologiques : ils sont loin d'être des phénomènes élémentaires qu'expliqueraient des mécanismes élémentaires ; tant au point de vue pathogénique qu'au point de vue clinique, il faut s'efforcer de déceler derrière le plan des symptômes l'état psychopathique et l'évolution morbide qui en sont la raison, la « perspective » sur laquelle ils se profilent selon l'expression du Pr Henri Claude. C'est dans cet esprit qu'il est souhaitable d'étudier et d'interpréter les hallucinations verbales.

2° *La parole, succession « d'actes verbaux ».* — La théorie de la parole normale devient plus intelligible si l'on cesse de la séparer des conditions concrètes de son emploi. La psychologie atomistique la réduisait en mots, et ces mots en images ; elle isolait ces images sous le nom de « représentations pures des mots » ; l'association des idées expliquait l'évocation et l'enchaînement de ces images et de ces mots. La psychologie

ne sépare plus le mot de la phrase, même si la phrase se réduit à un mot ; elle ne sépare plus le langage de la pensée qu'il explicite ; le verbalisme même, elle le rattache à l'exploitation d'un savoir verbal, à l'application d'une technique ; en d'autres termes, la parole, virtuelle ou actuelle, lui apparaît comme une succession d'entreprises, d'« actes verbaux », auxquels sont subordonnées les évocations d'images et les extériorisations motrices.

3^o *Du sentiment de propriété de la parole.* — Si la psychologie recherche ce qui rattache ces actes verbaux au moi ou ce qui les en détache, elle cesse d'y voir l'effet de la nature de l'imagerie verbale employée, alors que des vues classiques font dépendre le sentiment d'appartenance de la parole propre de l'usage des images motrices verbales, et le sentiment de passivité de l'usage d'images auditives. Elle montre que ce sentiment d'appartenance, de « spécificité personnelle » est d'autant plus vif que les paroles ont été concertées et contrôlées, qu'il s'affaiblit dans le laisser-aller, la rêverie, l'état hypnagogique et le rêve. L'intégration à l'histoire personnelle est en relation avec l'état de la conscience et avec l'effort, c'est-à-dire une tonalité affective particulière de l'acte.

4^o *Nature de l'hallucination verbale.* — Bien loin d'être le produit de l'intensification mécanique d'images verbales motrices ou auditives, l'hallucination verbale apparaît comme un acte verbal, virtuel ou actuel, dont le sujet a perdu le sentiment qu'il lui appartient : ce n'est plus son acte, c'est l'acte d'un interlocuteur, d'un « socius » ; l'halluciné se comporte vis-à-vis de son langage comme vis-à-vis d'un instrument matériel qu'il pourrait transmettre à un autre et dont l'autre pourrait se servir, lui donnant ainsi l'apparence de paroles venant du dehors ou de paroles qu'on lui impose. De cette pseudo-aliénation de la parole, de ses modalités et de ses degrés, il faut chercher la raison dans la structure de l'état

psychopathique, dans l'étape de l'évolution morbide, dans l'histoire de la personnalité.

5° *La diminution de la « vigilance », condition de l'hallucination verbale.* — L'analyse de la conscience morbide autant que l'analogie avec la conscience normale nous fait admettre qu'à l'origine de l'hallucination verbale, il faut chercher une désintégration des fonctions psychiques supérieures, désintégration que l'on peut concevoir comme une diminution de la vigilance de la conscience, variable dans ses origines, dans ses aspects et dans son évolution. Si nous avons choisi cette expression, la « vigilance de la conscience », c'est en raison de l'autorité de Henry Head qui l'a innovée et par souci de rattacher l'hallucination à la pathologie générale et à la physiopathologie nerveuse. C'est aussi qu'elle exprime d'une façon concrète le double aspect de la vie de la conscience : d'une part, lucidité, clarté, distinction, d'autant plus vives que l'on s'éloigne davantage du plan du sommeil et du rêve, que l'on se rapproche des choses et de l'action ; d'autre part, orientation de l'activité psychique, préparation, contrôle et intégration des actes. L'hallucination verbale ne paraît pas située sur le plan d'une pensée parfaitement vigile ; elle appartient à celui d'une pensée diminuée dans son pouvoir de coordination et de synthèse, obscurcie dans la conscience qu'elle a d'elle-même, de ses sources et de ses fins (états de dissociation ; états oniriques et suboniriques, états oniroïdes).

6° *Hallucinations verbales et libération fonctionnelle.* — Mais l'hallucination verbale est avant tout un trouble positif. De la désintégration de fonctions contrôlantes, la libération fonctionnelle des fonctions contrôlées est le corrélatif obligatoire. Les libérations fonctionnelles sont multiples : si l'on analyse, on peut décrire les libérations idéiques, mnésiques, sensorielles, affectives, motrices, verbales. Il serait cependant inexact de se les représenter comme des forces d'abord sépa-

rées puis convergentes. Dans la conscience morbide comme dans la conscience normale, ces divers automatismes se confondent en des réalisations dont les plus arrêtées sont les formulations et les actes. Ce qu'il importe de noter, c'est que le contraste entre ce mode de pensée et la pensée vigile n'est pas seulement formel. Le contenu des formulations, le sens des actes est rarement neutre, et cette neutralité, plus apparente que réelle, ne résiste pas à une analyse un peu poussée ; bien plus souvent, il y a un contraste franc entre les contenus hallucinatoires et ceux de la pensée vigile, comme si l'état hallucinatoire révélait des couches plus profondes et plus anciennes de la personnalité, de l'affectivité surtout, peut-être remaniée, d'ailleurs, sinon bouleversée par les influences morbides. A cet égard il paraît juste de rapprocher l'hallucination verbale des obsessions, qui, par surcroît, peuvent en faire le lit.

7° *L'objectivation sociale intentionnelle et sa signification.* — L'objectivation sociale intentionnelle sépare l'hallucination verbale des obsessions et des impulsions : elle consiste en l'attribution à un « socius » des paroles que l'halluciné ne s'attribue point. Ce n'est pas, comme peut le donner à croire l'ordre successif de l'exposé, une opération tardive, faite après coup : elle est contemporaine de la formulation même, retentit sur sa forme grammaticale : on parle du malade à la 3^e personne, ou bien on lui parle à la 2^e ; même sans cela l'hallucination verbale recèle les intentions favorables ou plus souvent hostiles du socius ; c'est donc une tendance très caractéristique et profonde. En « repersonnalisant » la formule hallucinatoire, elle paraît introduire la dualité, mais rétablit en fait l'unité compatible avec l'état mental et le délire dans un psychisme où il ne saurait y avoir de place pour un champ idéo-verbal non cohérent. Elle projette les tendances désavouées ou auto-critiques et en fait des persécutions. A ce double

point de vue, intellectuel et éthique, elle constitue une autorégulation dont le succès est proportionnel à la vitalité du psychisme. Elle est achevée dans les voix perçues comme étrangères et extérieures, moins réussie dans les voix intérieures et les paroles imposées. Elle peut manquer presque complètement dans certains états psychopathiques (démence précoce) où le sujet laisse envahir passivement sa conscience par ses automatismes idéiques, affectifs et verbaux.

8° *L'objectivation spatiale.* — L'objectivité spatiale, caractère classiquement spécifique de l'hallucination vraie, est si peu une donnée immédiate, une qualité première de l'objet hallucinatoire, qu'elle peut appartenir à des paroles dont il est manifeste que l'halluciné les parle, méconnaissant son propre monologue. Elle aussi traduit, chez le sujet, une disposition puissante à « normaliser » son automatisme verbal, l'espace n'étant pas moins un cadre social que le lieu des réalités matérielles. Elle correspond à des attitudes intellectuelles, à des attitudes motrices d'orientation et d'investigation sensorielle, auxquelles il peut être séduisant, bien qu'artificiel, de rattacher des réactions, toniques ou cinétiques, du larynx.

9° *Sensorialité des hallucinations verbales.* — L'acousticité des hallucinations verbales tire de leur signification son intensité et sa qualité intrinsèque (timbre, hauteur, mimique vocale). Cette apparence sonore ne s'amplifie que la nuit, dans le rêve, et, plus généralement, dans les états oniriques et suboniriques.

10° *Association de l'hallucination verbale et de données sensilivo-sensorielles diverses.* — Il y a d'ailleurs, vers l'objectivation spatiale, d'autres voies que l'acousticité des évocations phonétiques : les bruits réels, extérieurs et intérieurs, surtout les bruits rythmés ; les impressions diverses, extéro, proprio, ou intéroceptiques, normales ou anormales, intérieures ou extérieures aux appareils de la parole. C'est que, d'une

part, la pensée non vigile tend à s'éparpiller dans l'espace et que, d'autre part, toute donnée sensitive ou sensorielle immédiate est aisément déplacée par des formulations incoercibles et obsédantes. Ce type d'hallucinations verbales coexiste fréquemment avec des illusions visuelles d'un mécanisme analogue.

11° *Actualisation motrice et hallucination verbale.* — L'actualisation motrice des hallucinations verbales sous forme d'hallucinations parlées et de paroles imposées se produit soit au cours de paroxysmes d'agitation euphorique et plus souvent anxieuse (par ex. théopathie, démonomanie), soit à la période de cristallisation du délire, où l'excitation chronique de type hypomaniaque s'observe fréquemment ; des phénomènes analogues l'accompagnent dans l'ordre de la motilité générale et de la mimique. Plus la dissociation mentale augmente, plus l'hallucination tend à se réduire à des attitudes et à des formules stéréotypées ; le verbalisme pur et incohérent peut en être une dégradation. Si bien que, dans le cas d'états émotionnels comme dans ceux de « démence vésanique » ou de « prédémence », l'actualisation motrice des hallucinations verbales traduit un progrès dans la dissolution des fonctions psychiques supérieures dont l'exercice est le propre de la pensée vigile.

Vu : *Le Doyen*,
G. ROUSSY.

Vu : *Le Président de thèse*,
H. CLAUDE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE DES TRAVAUX CITÉS

1. ALLERS R. u. F. SCHEMINSKY, Über Aktionsströme der Muskeln bei motorischen Vorstellungen u. verwandten vorgängen. *Pflügers Archiv*, Bd. 212, H. 2, 1926.
2. ARNOLD (Valérie N.), La Psychologie de réaction en Amérique. *Thèse de Lettres*, Paris, Guitten, 1926.
3. BAILLARGER, Des hallucinations, des causes qui les produisent, et des maladies qu'elles caractérisent. *Mémoires de l'Académie Royale de Médecine*, t. XII. Bailliére, 1846.
4. BARUK (Jacques), Les Hallucinations dans la Paralyse générale. *Thèse*, Paris, 1894.
5. BARUK (Henri), Les Obsessions. *Le Bulletin Médical*, 1931, n^{os} 40 et 41.
6. BLONDEL (Charles), Paranoïa et Hallucination. *Encéph.*, 1910, t. I, p. 812.
- 6 bis. BOREL et CEILLIER, Paralyse générale ayant débuté par des hallucinations verbales obsédantes avec tendance au suicide. *Soc. de Psychiatrie*, 19 février 1914. *Encéphale*, 1914, p. 268.
7. CEILLIER (André), Sur les variétés du langage automatique à propos d'un cas de psychose d'influence (hallucinations psycho-motrices verbales, automatisme verbal auditivo-moteur, langage mécanique). 1924, *Soc. Méd. Psycho.*
8. CEILLIER (André), Les influencés. Syndromes et Psychoses d'influence. *Encéphale*, 1924, p. 152, 225, 294, 370.
9. CÉNAC, De certains langages créés par des aliénés. *Thèse*, Paris, 1925.
10. CLAPARÈDE, Existe-t-il des images verbo-motrices ? *Arch. de Psychologie*, 1913, n^o 49, p. 93-103.
11. CLAUDE (Henri), Le syndrome d'action extérieure. *Progrès Médical*, 7 juin 1930.

12. CLAUDE (Henri), Mécanisme des hallucinations. Syndrome d'action extérieure. *Encéphale*, 1930, p. 345.
13. CLAUDE et DUBLINEAU, Intuitions délirantes, obsessions et syndrome d'action extérieure. *Encéphale*, 1933, n° 5.
14. CLÉRAMBAULT, Psychoses à base d'automatisme et syndromes d'automatisme. *Annales Médico-Psychologiques*, 1927, p. 193.
(On y trouvera la bibliographie et le résumé des principaux travaux de l'auteur sur les psychoses hallucinatoires.)
15. CODET, Les idées d'influence au cours de la mélancolie. *Annales Médico-Psychologiques*, mars 1923.
16. COLOLIAN, Les Alcooliques persécutés. *Thèse*, Paris, 1898.
17. COLOLIAN, Les hallucinations psycho-motrices verbales dans l'alcoolisme. *Arch. Neuro.*, 1899, p. 376.
18. COTARD, De l'origine psycho-sensorielle ou psycho-motrice du délire. *Soc. Méd. Psych.*, mars 1887.
19. CRAMER (A.), Die Halluzinationen im Muskelsinn bei Geisteskranken und ihre klinische Bedeutung. Tübingen Mohr, 1889.
20. CRAMER (A.), Über Sinnestäuschungen bei Geisteskranken Taubstummen usw. *Arch. f. Psych. u. Nerven.*, 1896, p. 875, 199.
21. DELACROIX (Henri), Le Langage et la pensée. Paris, Alcan, 1923.
22. DUMAS (Georges), Traité de Psychologie, 2 vol. Paris, Alcan, 1923.
23. DUMAS (Georges), Nouveau Traité de Psychologie, t. I. Paris, Alcan, 1930.
24. DUPRÉ et LE SAVOUREUX, Palilalie chez une pseudo-bulbaire. *Revue neurologique*, 1914, p. 453.
25. EGGER, La Parole intérieure. Essai de Psychologie descriptive. Alcan, 1881.
26. FLOURNOY (Henri), Le Problème des hallucinations au point de vue psychanalytique. *Rapport des Séances scientifiques de la LXXXIV^e Assemblée de la Société Suisse de Psychiatrie*, 1933.
27. FOURNIÉ (Édouard), Physiologie du Système nerveux, 1872, p. 818.
28. FROMENT, Comment étudier les troubles du langage. *Congrès des Aliénistes et Neurologistes de langue française*, Bruxelles, 1924.

29. GARNIER (Paul), Coexistence d'hallucinations motrices verbales et d'hallucinations sensorielles. Dialogue entre les voix intérieures et extérieures. *Soc. Méd. Psych.*, 26 novembre 1894.
30. GELMA et LERAT, Un cas d'hallucinations psycho-motrices verbales chez un paralytique général présentant un délire de démonopathie interne. *Revue de Psychiatrie*, p. 440.
31. GELMA, Les hallucinations auditives sont-elles entendues par les malades comme des sons perçus par un sujet normal ? Strasbourg, *Clinique Psychiatrique*, 1923.
32. GIRMA, Des hallucinations dans la paralysie générale. *Thèse*, Paris, 1881.
33. GUIRAUD, Délires chroniques et coenestopathies dystoniques. *Encéphale*, 1925.
34. GUIRAUD et LAGACHE, Du rôle de l'éréthisme moteur primitif dans la genèse des hallucinations parlées. *Annales Médico-Psychologiques*, 1934.
35. HEAD (Henry), Aphasia and kindred disorders of speech, 2 vol. in-8°, Cambridge University Press, 1926.
36. HENRY, Du délire des négations (syndrome de Cotard) dans la paralysie générale, *Thèse*, Paris, 1896.
37. HEUYER et LACAN, Alcoolisme subaigu à pouls normal ou ralenti. Coexistence du syndrome d'automatisme mental. *Annales Médico-Psychologiques*, 1933.
38. HEUYER et LAGACHE, Syndrome d'influence symptomatique d'une encéphalite épidémique ; impulsions suicide et homicide. *Annales Médico-Psychologiques*, 1933.
39. JANET (Pierre), L'hallucination dans le délire de persécution. *Revue Philo.*, 1932.
40. JANET (Pierre), Les Sentiments dans le délire de persécution. *Journal de Psychologie norm. et pathol.*, 1932.
- 40 bis. JASPERS (K.), Psychopathologie générale. Traduction française KASTLER et MENDOUSSE. Alcan, 1928.
41. LACAN (Jacques), De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité. *Thèse*, Paris, 1932, Le François. éd.
42. LAGACHE (Daniel), De la place des impressions sensibles dans la genèse des hallucinations parlées. *Annales Médico-Psychologiques*, 1934.
43. LELUT (F.), L'Amulette de Pascal, pour servir à l'histoire des

- hallucinations. Paris, Baillière, 1846, in-8°, xvi-372 pages.
44. LEROY (Eugène-Bernard), *Le Langage. Essai sur la psychologie normale et pathologique de cette fonction*. Paris, Alcan, 1905.
 45. LEROY (R.), Un cas d'hallucinations psycho-motrices chez un paralytique général. *Arch. Neuro.*, vol. VIII, p. 469, 1899.
 46. LEROY (R.) et MÉDAKOVITCH, *Paralysie générale et malaria-thérapie*. Paris, Doin, 1931, vii-480 pages in-8°.
 47. LEURET, *Fragments psychologiques sur la folie*. Paris, Crochard, 1834.
 48. LÉVY (Gab.), Les formes conscientes de l'automatisme verbal et leurs analogies avec certaines manifestations l'automatisme comitial (Palilalie, Écholalie, Écholalie aphone). *La Presse Médicale*, 12 sept. 1931.
 49. LÉVY-DARRAS, *La Psychose d'influence. Thèse de Paris*, 1914.
 - 49 bis. LÉVY-VALENSI, MIGAULT et LACAN, *Ecrits inspirés ; schizographie. Annales Médico-Psychologiques*, 1931.
 50. LOGRE, *Exposé des titres et travaux scientifiques du Dr Logre*. Paris, Masson, 1923.
 51. LOGRE et HEUYER, Idées d'influence dans la manie. *Congrès de Strasbourg*, 1920.
 52. LOGRE et LAGACHE, *Hallucinations verbales et respiration. Annales Médico-Psychologiques*, 1933.
 53. MAIRET (A.), *Montpellier Médical*, 8 nov. 1875.
 54. MARIE et BUVAT, Hallucinations psycho-motrices dans la paralysie générale. *Arch. Neuro.*, 1901, XII, p. 1.
 55. MARGULIÈS, Des hallucinations graphocinétiques. *Neurol. Centralbl.*, XXV, 1906.
 56. MARSON, Contribution à l'étude des hallucinations psycho-motrices verbales. *Thèse*, Paris, 1897.
 - 56 bis. MIGNARD, La subduction mentale morbide. *Annales Médico-Psychologiques*, 1924, I, p. 392.
 57. MOREL (Ferdinand), L'écho de la lecture. *Encéphale*, mars 1933.
 58. MOREL (Ferdinand), De quelques caractères cliniques des hallucinations auditives verbales. *Rapport des séances scientifiques de la LXXXIV^e Assemblée de la Société Suisse de Psychiatrie*, 1933.

59. MOURGUE (Raoul), Neurobiologie de l'hallucination. Bruxelles, Maurice Lamertin, 1932.
60. NACHT (S.), La structure inconsciente de quelques psychoses. *Encéphale*, décembre 1932.
61. PAGET (R. A. S.), L'évolution du langage. *Journal de Psychologie*, 1933.
62. PAYLOV (I.-P.), Les sentiments d'emprise et la phase ultra-paradoxe. Lettre ouverte au P^r P. Janet. *Journal de Psychologie*, 1933.
63. PETIT (Georges), Essai sur une variété de pseudo-hallucinations : les autoreprésentations aperceptives. *Thèse*, Bordeaux, 1912.
- 63 bis. PERSDORF, La schizophasie, les catégories du langage. Strasbourg, 1927.
64. PICARD, Des actes automatiques de nature comitiale. *Thèse*, Paris, 1927.
65. PIÉRON (Henri), Le Cerveau et la pensée. Paris, Alcan, 1923
- 65 bis. QUERCY. Les hallucinations. II. Études Cliniques. Paris, Alcan, 1930.
66. RÉGIS, Un cas de folie systématisée religieuse avec hallucinations psycho-motrices orales et graphiques. *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 22-29 janvier et 5 fév. 1893.
67. RIEU, Des hallucinations psycho-motrices dans la paralysie générale. *Thèse*, Paris, 1900.
68. SAINT-PAUL, Le Langage intérieur et les paraphasies. Paris, 1904, Alcan, 316 pages.
69. SCHIFF et COURTOIS, Encéphalite épidémique chronique à forme de psychose hallucinatoire fantastique ; hallucinations palilaliques. *Société de Psychiatrie*, 26 avril 1928.
70. SÉGLAS et LONDE, Sur les hallucinations et en particulier les hallucinations psycho-motrices verbales dans la mélancolie. *Arch. Neuro.*, 201 et 386.
71. SÉGLAS, Les Troubles du langage chez les aliénés. Paris, Rueff, 1892.
72. SÉGLAS, Obsessions hallucinatoires et hallucinations obsédantes. *Annales Médico-Psychologiques*, 1892.
- 72 bis. SÉGLAS, Variété psychomotrice du délire de persécution. *Annales Méd. Psycho.*, 1894.
73. SÉGLAS, Leçons cliniques sur les maladies mentales et les maladies nerveuses, 1895.

74. SÉGLAS, Sur les phénomènes dits hallucinations psychiques. *Congrès international de Psycho.*, 1900.
75. SÉGLAS, L'Évolution des obsessions et leur passage au délire. *Congrès des Aliénistes de Grenoble*, vol. II, p. 366, 1902.
76. SÉGLAS, Des hallucinations, in *Traité de Gilbert Ballet*, 1903, p. 147-199.
77. SÉGLAS et BARAT, Note sur l'Évolution des hallucinations. *Journal de Psycho. Norm. et Patho.*, 1913.
78. SÉGLAS, Hallucinations Psychiques. *Journal de Psycho. Norm. et Patho.*, 1914, p. 289.
79. SÉRIEUX, Sur un cas d'hallucinations psycho-motrices verbales chez une paralytique générale. *Archives de Neurologie*, 1894.
80. SÉRIEUX, Une observation sur un cas d'hallucinations motrices verbales chez une paralytique générale. *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 19 juin, 1898.
81. SIMON (Max), *Lyon Médical*, 1880, n^{os} 48 et 49.
82. SIMON (Max), *Le Monde des rêves*, 2^e éd., 1888.
83. SIMON (Max), *Les Maladies de l'esprit*. Paris, Baillière, 1891.
84. SOUQUES, Note sur les troubles de l'écriture pendant les absences épileptiques et sur l'intérêt psychologique et médico-légal de ces troubles. *Revue Neurologique*, mars 1928, p. 353.
85. STCHERBACK, Hallucinations littérales motrices et autres symptômes d'excitation des centres moteurs pour les lettres isolées dans l'épilepsie jacksonienne. *Revue Neurologique*, 1909, p. 333 (compte rendu).
86. STRICKER, Studien Ueber die Sprachvorstellungen, in-8°. Vienne, Braumüller, 1880, 100 p.
87. STRICKER, Note sur les images motrices. *Revue Philosophique*, 1884.
88. STRICKER (S.), *Du langage et de la musique*, trad. par SCHWIEDLAND, Alcan, 1885.
89. TEULIÉ, La schizophasie, *Ann. Méd. Psycho.*, 1931, p. 113 et 225.
90. TRENEL, Hallucinations psycho-motrices et spiritisme dans un cas de paralysie générale. *Ann. Méd. Psych.*, nov. 1903.
91. TRENEL, A propos de la démence épileptique. La paliphrasie

- et la palilalie épileptiques. *Ann. Méd. Psych.*, 1914, p. 206.
92. VALLON, Hallucinations psycho-motrices verbales dans l'alcoolisme. *Ann. Méd. Psych.*, vol. I, p. 97.
93. VASCHIDE et VURPAS, Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière. *Délire par introspection mentale*, 1901.
94. VASCHIDE et VURPAS, Contribution à la psychologie de la genèse des hallucinations psycho-motrices. *Arch. Neuro.*, 1902, p. 474.
95. WINKLER, *Manuel de Neurologie*. Anatomie du système nerveux. Essai de groupement, en un ensemble physiologique, des voies et des centres qui utilisent les impressions sensorielles pour se traduire en réactions réflexes. Haarlem, de Erven F., Bohn, 1921.

N. B. — Ce travail était déjà sous presse lorsque nous est parvenu le livre de Henri Ey : *Hallucinations et Délire*.

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE I

	PAGES
LE PROBLÈME DES HALLUCINATIONS VERBALES ET LES HALLUCINATIONS PSYCHO-MOTRICES VERBALES....	1

CHAPITRE II

LES FONDEMENTS THÉORIQUES DE LA DOCTRINE DES HALLUCINATIONS PSYCHO-MOTRICES VERBALES....	8
1. Des modèles neurologiques.....	9
2. L'image motrice verbale.....	17
3. L'unité de la fonction langage.....	25

CHAPITRE III

LES DIVERSES FORMES DES HALLUCINATIONS PSYCHO- MOTRICES VERBALES.....	33
Problèmes	33
1. Les impulsions verbales.....	34
2. Les hallucinations motrices verbales complètes	47
3. Les hallucinations kinesthésiques verbales..	61
4. Les pseudo-hallucinations motrices verbales.	73
5. Les hallucinations graphiques verbales.....	80
CONCLUSION	87

CHAPITRE IV

	PAGES
FORMES SYMPTOMATIQUES, ÉTIOLOGIQUES ET ÉVOLUTIVES DES HALLUCINATIONS PARLÉES.....	89
1. Formes symptomatiques.....	89
2. La forme psycho-motrice du délire de persécution	93
3. Les hallucinations parlées au cours de quelques états psychopathiques.....	100
4. L'évolution des hallucinations parlées. Prognostic	117

CHAPITRE V

ESSAI D'INTERPRÉTATION.....	126
1. Les superstructures.....	127
2. Les sentiments.....	134
3. La diminution de la vigilance.....	151
4. Les conditions organiques.....	157

CHAPITRE VI

DES HALLUCINATIONS PARLÉES AUX HALLUCINATIONS ENTENDUES. — CONCLUSIONS.....	162
BIBLIOGRAPHIE DES TRAVAUX CITÉS.....	175



